Profil
Alcoolisme et toxicomanie
Traitement et réadaptation au Canada

Préparé par :
Gary Roberts et Alan Ogborne
en collaboration avec Gillian Leigh et Lorraine Adam

pour le
Bureau de l'alcool, des drogues et des
questions de dépendance
Santé Canada

stratégie canadienne antidrogue

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

On peut se procurer des exemplaires supplémentaires auprès de :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366

La présente publication est disponible sur Internet à l'adresse suivante :
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/alcool-autresdrogues.

On peut obtenir, sur demande, cette publication sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Also available in English under the title:
Profile – Substance Abuse Treatment and Rehabilitation in Canada

©Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999
N° de cat. H39-439/1998F
ISBN 0-662-82969-7

101-02387/

Remerciements

Santé Canada tient à exprimer sa gratitude envers l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC), la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (AFM) et la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (ARF), une division du Centre de toxicomanie et de santé mentale, pour leur soutien au projet. Le Ministère exprime aussi sa reconnaissance à Lorraine Adam (AFM), Roberta Coulter (AFM), Bob Hunter (AADAC) et Alan Ogborne (ARF) pour leurs efforts soutenus à titre de membres du comité de travail. Santé Canada désire aussi remercier Donna Kerr, Kerr Creative Consulting, qui a dirigé l'enquête auprès des informateurs-clés D[r] Cam Wild (ARF), pour les renseignements fournis concernant le traitement obligatoire, et Gillian Leigh, campus Marconi, Collège communautaire de la Nouvelle-Écosse, qui a préparé la bibliographie annotée. Le Ministère exprime en outre sa gratitude envers tous ceux et celles qui, en leur qualité de répondants à l'enquête sur les programmes, d'informateurs-clés ou d'évaluateurs indépendants du présent rapport, ont contribué au projet. Soulignons enfin la participation de Susan Rosidi et Jill Austin, du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), qui ont supervisé l'enquête sur les programmes de traitement, et de Gary Roberts, également du Centre, qui a coordonné le projet.

Table des matières

Introduction et méthode 1

1. Évolution du traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies au Canada 3

2. Systèmes de traitement actuels 6

3. Rôle du gouvernement fédéral dans le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies. 10

4. Qui assure les services de traitement et de réadaptation dans les provinces et territoires?. 13

5. Normes, contrôle et évaluation 15

6. Perfectionnement professionnel. 16

7. Politiques et pratiques en matière de traitement 18

8. Lacunes des services 21

9. Défis constants et problèmes naissants 24

10. Glossaire du traitement 28

11. Bibliographie 31

12. Bibliographie annotée 34

13. Index des rapports annotés 50

Introduction et méthode

Au Canada, l'alcoolisme et la toxicomanie demeurent des problèmes de santé grave qui ont des répercussions sur les plans tant juridique que social. En 1992, d'après une estimation prudente, le coût économique lié à l'alcool au Canada se serait élevé à environ 7,52 milliards de dollars, la consommation abusive de boissons alcooliques ayant causé la mort de 6 701 personnes. La même année, la consommation de drogues illicites, cause de 732 décès, a entraîné des coûts de 1,37 milliard de dollars. Sur ces montants, 290 millions de dollars ont servi au traitement spécialisé des toxicomanies et de l'alcoolisme (Single et coll., 1996). Considérant l'importance des coûts humains et financiers qui découlent de la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues, il est plus que jamais impératif d'examiner les programmes de traitement et de réadaptation, afin de faire le point sur les pratiques actuelles et de voir comment accroître leur efficacité.

Le présent document est l'un des deux rapports que Santé Canada a commandés, de concert avec les provinces et les territoires, en vue de réunir des données de base récentes sur le traitement et la réadaptation des toxicomanes et des alcooliques. Il a pour objet de fournir de l'information à jour sur la portée et la nature des services offerts par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux aux personnes qui abusent d'alcool et consomment d'autres drogues. Si le présent rapport trace le bilan des réalisations actuelles dans le domaine, l'autre, intitulé *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie – Traitement et réadaptation*, porte plutôt sur l'orientation future des programmes de traitement et de réadaptation au Canada. Ensemble, ces deux documents contribueront à guider les efforts de Santé Canada, des provinces et des territoires dans ce dossier.

Le présent rapport s'inspire entre autres de deux articles – (Rush et Ogborne, 1992) et (Ogborne, Smart et Rush, 1998) – dans lesquels les auteurs décrivent l'évolution au Canada du traitement des personnes ayant des problèmes liés à l'alcool ou à d'autres drogues. Il repose aussi sur les résultats d'une enquête nationale sur les programmes de traitement des toxicomanes et des alcooliques réalisée expressément pour ce projet. Les renseignements recueillis concernent 870 programmes (ce qui représenterait, estime-t-on, plus de 70 p. 100 des programmes au Canada) et composent aujourd'hui la Base de données des traitements accessible à partir du site Internet du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (http://www.ccsa.ca/cclat.htm). Nous avons également tenu compte d'une série d'entrevues effectuées auprès d'informateurs-clés auxquelles ont participé au moins une personne de chaque province ou territoire. C'est le responsable du traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies dans la province ou le territoire qui, en raison de sa grande connaissance de la question, a désigné ces informateurs-clés.

Les informateurs-clés et le sondage du programme offrent tous deux des données sur la nature et la portée des traitements au Canada, y compris sur les fournisseurs de services de traitement dans les provinces et territoires, et sur le rôle du gouvernement fédéral. Dans notre rapport, nous présentons de l'information sur tout un éventail de facteurs qui influent sur l'efficacité des traitements, dont les normes gouvernementales, les évaluations de programme, le perfectionnement professionnel, les conceptions du traitement, les pratiques et les services spéciaux offerts dans tout le pays. Nous terminons par une analyse des lacunes, des défis à relever et des problèmes nouveaux, en grande partie fondée sur les données du sondage.

La présente étude, de même que l'enquête et le sondage, ont porté à la fois sur les systèmes de traitement et les questions liés aux programmes. Nous entendons par système de traitement l'ensemble des programmes et services propres à une région, qui font l'objet d'une certaine coordination, et qui sont accessibles aux alcooliques et aux toxicomanes. Un tel système englobe, d'une part, les services consacrés exclusivement au traitement des toxicomanies et de l'alcoolisme (auquel on donne souvent le nom de « secteur spécialisé ») et, d'autre part, les services de santé en général et les services sociaux où il arrive couramment que l'on ait à traiter des personnes éprouvant ce genre de problème le « secteur non spécialisé ». Le présent document s'intéresse au secteur spécialisé.

Nous accordons une extrême importance à la question du renoncement au tabac, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur d'un traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies, mais nous avons cependant choisi ici de ne pas examiner en profondeur les services d'aide en ce domaine, puisqu'une étude distincte sur les programmes de lutte contre le tabagisme a été réalisée parallèlement à la nôtre (voir le *Guide des programmes de renoncement à l'usage du tabac en vigueur au Canada*, accessible à partir du site Internet de Santé Canada, à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/health-promotion-sante).

Il est à noter que les services de traitement des personnes ayant conduit en état d'ébriété sont en grande partie exclus de la présente étude. Pour une description de l'état actuel de ces services, vous pouvez vous reporter à Stoduto et coll., 1997.

Tout au long de notre projet d'étude, un certain nombre d'articles de sources canadiennes ont attiré notre attention; nous en avons pris connaissance en consultant le Centre de documentation sur l'alcoolisme et les toxicomanies, en faisant un appel à tous durant l'enquête sur les programmes de traitement et, enfin, en discutant avec des fonctionnaires. Nous présentons à la fin du présent rapport une liste annotée de cette information, qui se veut un relevé indicatif plutôt qu'exhaustif des articles, études et rapports publiés au pays au cours des dernières années.

1. Évolution du traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies au Canada

Il n'est pas facile de caractériser simplement le dossier du traitement des problèmes de l'alcoolisme et des autres toxicomanies au Canada. Disons en gros que c'est un traitement qui relève des provinces et territoires; les modalités qui s'y rattachent varient donc d'une administration à l'autre. Les différences entre les habitudes de consommation et les modalités de traitement sont attribuables aux conditions sociales, économiques et politiques propres à chaque région. Tout profil du traitement au Canada doit tenir compte de l'évolution du rôle du gouvernement fédéral dans la gestion globale du système de santé et dans l'administration des traitements à des groupes particuliers de la population.

Dans leur article, Rush et Ogborne (1992) observent quatre phases dans l'évolution du traitement des problèmes liés à l'alcool au Canada. Dans une large mesure, ces phases caractérisent aussi celles du traitement des problèmes de drogue. La première, qui se termine vers la fin des années 40, est dominée par des attitudes moralistes et un manque général d'attention au traitement. Des asiles privés offrent alors une forme quelconque de traitement aux alcooliques et aux toxicomanes; on met également en place certains services de counseling à l'intention des narcomanes dans des prisons. Toutefois, la plupart des personnes ayant des problèmes liés à l'alcool ou à d'autres drogues n'ont qu'un accès limité à ces services. De façon principale, on estime que ces problèmes découlent d'un manque de « volonté » ou de troubles de la personnalité.

La deuxième phase, qui prend fin au milieu des années 60, se caractérise par un changement d'attitude face à l'alcoolisme et, dans une moindre mesure, à l'égard des problèmes liés aux autres drogues. L'un des facteurs déterminants de cette transformation est la place grandissante que se taille le mouvement des Alcooliques Anonymes (AA). Les AA répandent l'idée que l'alcoolisme, quoiqu'incurable, peut être contré, à condition que le sevrage s'accompagne d'un traitement et que l'alcoolique suive un programme de guérison en 12 étapes. Avec l'aide de figures de proue de la collectivité, les membres des AA, à force de pressions, réussissent à obtenir du secteur public qu'il finance les programmes de traitement et de sensibilisation. Ils appuient leurs démarches sur l'opinion qui veut que l'alcoolisme n'est pas un symptôme de faiblesse morale, mais plutôt une « maladie » qu'on peut prévenir et traiter. Les travaux d'avant-garde sur le traitement de l'alcoolisme que Gordon Bell a menés durant cette phase ont accru l'attention portée dans le monde médical à l'alcoolisme; cela a conduit à l'élaboration d'un modèle de traitement fondé sur des programmes partout au pays.

Vers la fin des années 50, la plupart des provinces avaient déjà créé des ministères, des commissions ou des fondations chargés d'offrir ou de coordonner les services de traitement des alcooliques et des toxicomanes, tout cela avec la mise en œuvre de divers autres types de services. Au départ, ces organismes devaient se concentrer sur les problèmes liés à l'alcool, mais par la suite, à mesure que les problèmes liés aux autres drogues se sont intensifiés, leur mandat a été élargi pour englober ce genre de problèmes. Il convient de noter toutefois que le traitement administré aux utilisateurs de drogues illicites était offert dans une optique fortement punitive (Ogborne, Smart et Rush, 1998).

Le milieu des années 60 marque le début de la troisième phase identifiée par Rush et Ogborne (1992), dont la caractéristique principale est l'expansion rapide des services aux alcooliques et aux toxicomanes. La croissance la plus rapide a été enregistrée entre 1970 et 1976. Des 340 organismes spécialisés toujours actifs en 1976, les deux tiers ont vu le jour après 1970, et les dépenses pour les services de traitement sont passées de 14 millions à 70 millions de dollars pendant la même période. Parmi la gamme de services mis sur pied durant cette phase, mentionnons les centres de désintoxication, les programmes de traitement ambulatoire, les établissements pour séjours courts et prolongés et les services de suivi. On offre alors des services destinés aux alcooliques à des personnes aux prises avec des problèmes liés à des drogues autres que l'alcool. Cette phase a aussi vu la création de certains services spécialisés de traitement des problèmes liés aux « drogues », y compris un certain nombre de communautés thérapeutiques (Smart, 1983). C'est également à ce moment que l'on constate que les personnes qui suivent un traitement de lutte contre l'alcoolisme sont de plus en plus nombreuses à consommer aussi d'autres drogues.

C'est aussi durant cette période que le Canada lance son premier programme général de traitement obligatoire de l'alcoolisme et des toxicomanies. Ainsi, la Colombie-Britannique vote en 1978 la loi 18, *Heroin Treatment Act*, en avançant que, pour des raisons économiques, le traitement obligatoire pour les héroïnomanes était justifié. Boyd, Millard et Webster (1985) expliquent que cette loi s'est immédiatement heurtée à de nombreux problèmes, les principaux étant, d'une part, le fait que le public avait l'impression qu'elle contribuerait « à perpétuer l'attitude irresponsable des usagers de drogues » et, d'autre part, la contestation judiciaire de la constitutionnalité de la loi. En effet, une femme, dépendante de la méthadone, affirmait que cette loi remettait ses droits en question, puisque la police aurait le pouvoir de la soustraire à ses enfants et à son mari. En octobre 1979, la Cour suprême de la Colombie-Britannique jugeait la loi inconstitutionnelle, mettant ainsi fin à l'expérience du traitement obligatoire de l'héroïnomanie.

La quatrième phase cernée par Rush et Ogborne (1992) commence durant les années 80. Elle est caractérisée par l'autonomie relative des fondations et commissions provinciales dans le cadre de leurs systèmes de santé et de services sociaux respectifs. Dans bien des cas, les recherches sur la dépendance, la sensibilisation à la dépendance ou encore le traitement évoluent en parallèle, sans s'harmoniser tout à fait avec les systèmes généraux de santé

communautaire et de services sociaux. Malgré cela, le rôle de ces derniers dans le repérage et l'appui des services spécialisés de traitement des alcooliques et des toxicomanes devient de plus en plus apprécié.

Cette phase est en outre marquée par la diversification et la spécialisation des services de traitement et par la croissance du nombre de services spécialisés pour les femmes, les jeunes et les Autochtones. Cette tendance est appuyée par des recherches démontrant que les personnes réagissent différemment à différentes modalités de traitement et par une croyance de plus en plus répandue selon laquelle la thérapie devrait être adaptée aux besoins et aux problèmes particuliers des clients. S'il est vrai qu'on se contente généralement d'adopter diverses variantes du modèle de traitement médical à l'échelle du pays, de nombreuses thérapies fondées sur des théories et des études cognitives, comportementales et sociales voient néanmoins le jour durant la même période. La Stratégie canadienne antidrogue, fruit d'un partenariat multisectorial, est lancée en 1987 et sert à stimuler un éventail d'activités pancanadiennes à l'appui, notamment, de services de traitement et de réadaptation novateurs.

2. Systèmes de traitement actuels

On pourrait avancer que les systèmes de traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies au Canada sont entrés dans leur cinquième phase au début des années 90, par suite de sérieux changements dans la structure des services de santé canadiens. En effet, en raison des compressions généralisées des dépenses dans le secteur de la santé, la plupart des services de traitement offerts par l'État ont été intégrés aux mécanismes communautaires de prestation de services de santé et de services sociaux. À l'heure actuelle, seules trois provinces comptent des fondations ou des commissions spécialisées dans le traitement des alcooliques et des toxicomanes. En Ontario, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie ainsi que deux organismes de santé mentale et un autre organisme de lutte contre l'abus de l'alcool et de la toxicomanie se sont fusionnés pour former le Centre de toxicomanie et de santé mentale.

L'intégration des services de traitement de divers problèmes de santé a été facilitée par l'adoption d'un modèle de santé de la population par les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral. Ce modèle permet de redéfinir le rôle des services de soins de santé en déterminant l'état de la santé de la population, accordant ainsi une plus grande priorité à des facteurs socioéconomiques généraux. Parallèlement à cela, on est devenu plus conscient de la nécessité d'étendre l'intégration des services de lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies. Ils doivent maintenant s'intégrer, non seulement au système de soins de santé en général, mais aussi à plus grande échelle, soit aux politiques de sécurité sociale et aux systèmes de soutien social.

La tendance vers l'intégration des services s'est également accompagnée d'un transfert général des responsabilités et du pouvoir de décision aux conseils de santé des régions ou districts qui offrent des services de soins de santé, y compris des services de lutte contre l'abus de l'alcool et les toxicomanies. Sur ce plan, le Québec a fait œuvre de pionnier, dans la mesure où il a amorcé, dès le début des années 70, une stratégie de décentralisation. Il a récemment donné encore plus de responsabilités aux services régionaux, en insistant sur l'intégration de divers de leurs secteurs, dont la lutte contre l'abus d'alcool et les toxicomanies.

Au Canada, la majorité des fonds affectés au traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies, ainsi qu'à la réadaptation, provient des provinces et des territoires de différentes façons : taxes locales, fonds de l'assurance-maladie et de paiements de transferts fédéraux en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*et autres programmes fédéraux. En 1992, on a évalué le coût total du traitement spécialisé de la consommation abusive d'alcool et des toxicomanies à plus de 290 millions de dollars (Single et coll., 1996). Les quelques 1 200 programmes de traitement des alcooliques et des toxicomanes ainsi que le nombre de conseillers

professionnels, qui s'élevait à environ 7 200 en 1997, témoignent de la capacité des systèmes canadiens. Sur la totalité des programmes visés par l'enquête nationale sous-tendant le présent rapport, 72 p. 100 d'entre eux ont nécessité 1 544 lits pour le traitement en centre de désintoxication, 1 775 lits pour le traitement de courte durée en établissement et 3 010 lits pour le traitement de durée prolongée en établissement (voir tableau 1).

Tableau 1 : Lits nécessaires aux services de désintoxication et de traitement en établissement au Canada*

Province/Territoires	Centre de désintoxication		Établissement, courte durée		Établissement, longue durée	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Terre-Neuve	17	4	24	6	43	8
Nouvelle-Écosse	30	14	27	16	49	12
Île-du-Prince-Édouard	22	10	16	0	18	9
Nouveau-Brunswick	47	17	17	5	43	8
Québec	433	246	369	145	678	187
Ontario	309	108	144	125	748	176
Manitoba	25	15	100	42	238	78
Saskatchewan	29	22	98	20	87	2
Alberta	57	18	87	41	192	60
Colombie-Britannique	82	19	374	100	275	69
Territoires du Nord-Ouest	6	4	0	0	30	0
Yukon	7	3	10	9	0	0
TOTAL	**1064**	**480**	**1266**	**509**	**2401**	**609**

* Pour les définitions des termes utilisés dans ce tableau, voir le glossaire figurant à la section 10.

Les personnes ayant des problèmes d'alcool constituent généralement les principaux clients des services de traitement. À titre d'exemple, le Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCET), qui a passé en revue les données provenant de six grandes villes, tire les conclusions suivantes : « Environ 69 p. 100 des personnes qui se sont inscrites à un programme de traitement à Vancouver en 1993-1994 disaient dépendre de l'alcool. À Calgary, 64 p. 100 des personnes commençant un traitement communautaire et 58 p. 100 de celles inscrites à un traitement en établissement hospitalier ont confié, respectivement, que l'alcool était la substance intoxicante qu'elles consommaient le plus souvent et dont elles dépendaient le plus. À Winnipeg, en 1995, l'alcool était le problème invoqué par 87 p. 100 des clients à leur entrée en traitement. La même année, 28 p. 100 des femmes et 36 p. 100 des hommes suivant un traitement à Montréal ont indiqué qu'ils consommaient de l'alcool. À Halifax, 82 p. 100 de tous les clients inscrits à un programme de traitement en 1995 prenaient de l'alcool ». (Poulin, 1997) On ne dispose pas de données sur la ville de Toronto à cet égard.

Ce que l'on sait moins bien, cependant, c'est la mesure dans laquelle les services existants au Canada répondent aux besoins en traitement. Bien que la recherche suggère que seule une petite proportion des personnes dépendant de l'alcool ou d'autres drogues cherchent avec succès à suivre un traitement, on ignore la proportion réelle de Canadiens qui ont besoin de traitement et qui en reçoivent un effectivement.

Tableau 2 : Services de traitement des alcooliques et des toxicomanes offerts au Canada*

	Traitement ambulatoire	Traitement de jour et de soir	Traitement en milieu résidentiel, courte durée	Traitement en milieu résidentiel, longue durée	Services d'approche	Service sans rendez-vous et service secours	TOTAL
Terre-Neuve	13	2	5	0	2	7	**29**
Nouvelle-Écosse	9	7	7	6	9	4	**42**
Île-du-Prince-Édouard	2	1	1	1	1	2	**8**
Nouveau-Brunswick	5	3	3	2	3	5	**21**
Québec	72	52	59	43	48	44	**318**
Ontario	110	55	43	51	61	64	**384**
Manitoba	12	5	8	10	8	10	**53**
Saskatchewan	24	9	10	5	14	14	**76**
Alberta	41	22	22	13	14	27	**139**
Colombie-Britannique	128	43	39	28	70	77	**385**
Territoires du Nord-Ouest	7	5	3	2	7	7	**31**
Yukon	2	1	2	0	0	2	**7**
TOTAL	**425**	**205**	**202**	**161**	**237**	**263**	**1493**

* Pour les définitions des termes utilisés dans ce tableau, voir le glossaire figurant à la section 10.

3. Rôle du gouvernement fédéral dans le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies

La *Loi canadienne sur la santé* promulguée en 1984, énonce les critères de financement et d'administration des services de soins de santé dans les provinces et territoires. En vertu de la loi, l'administration fédérale verse des paiements de transfert aux provinces et territoires pour fournir des services de santé assurés par leur régime d'assurance-santé respectif, y compris certains services complémentaires de santé. Pour recevoir la pleine contribution pécuniaire à laquelle ils ont droit à chaque exercice, les provinces et territoires doivent avoir un régime d'assurance-santé qui satisfait aux cinq conditions d'octroi énumérées dans la *Loi canadienne sur la santé*, à savoir un régime géré par une autorité publique, intégral, universel, transférable et accessible à tous les résidents (*Lois du Canada*, 1993).

Le gouvernement fédéral finance directement les services de traitement et de réadaptation pour certains groupes, dont les membres des Premières nations vivant en réserve et les Inuit, les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les membres des Forces canadiennes, les détenus purgeant une peine fédérale et les personnes n'ayant pas résidé dans une province ou un territoire assez longtemps pour être admissibles à des services de santé assurés. Contrairement aux résidents des provinces et territoires qui sont considérés comme des « personnes assurées » aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, ces groupes n'ont pas accès aux services de santé pris en charge par le régime d'assurance-santé de leur province ou territoire respectif. Ils sont donc assurés directement par le gouvernement fédéral (*Lois du Canada*, 1993).

Dans le cas des membres des Premières nations vivant en réserve et des Inuit, le gouvernement fédéral finance les services de traitement et de réadaptation dans le cadre du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA); ce programme bénéficie du soutien de la Direction générale des services médicaux de Santé Canada. Le traitement constitue l'une des quatre principales composantes du PNLAADA et comprend la prévention; le traitement; la recherche et le développement; et la formation.

Le Service correctionnel Canada (SCC) assure les services de traitement et de réadaptation aux détenus sous responsabilité fédérale. Ses programmes sont axés essentiellement sur quatre niveaux de traitement, que l'on détermine en fonction des besoins des détenus, après une évaluation exhaustive. Le SCC offre en outre des programmes pour les détenus purgeant une peine de longue durée, un programme pour les détenus nouvellement mis en liberté visant à réduire les risques de récidive, un programme axé sur les besoins particuliers des femmes, ainsi que le Programme de prétraitement des détenus autochtones ayant des

problèmes d'alcool ou de drogue. Tous les animateurs de programmes reçoivent une formation intensive et doivent en outre obtenir, du moins ceux qui travaillent dans un établissement pour détenus de sexe masculin, un certificat d'accréditation à la fin de la formation.

En 1980, le Ministère de la Défense nationale (MDN) a, pour sa part, élaboré son propre programme de traitement et de réadaptation appelé Programme de réadaptation des alcooliques et toxicomanes (PRAT). Ce programme était, jusqu'à tout récemment encore, offert aux membres du personnel militaire et à leur famille par des cliniques militaires désignées partout au Canada. Mais à la suite d'une restructuration à grande échelle des services du MDN, seule la clinique de Halifax existe encore; de nombreux membres du personnel militaire doivent donc désormais se faire traiter dans les établissements civils. Selon la nouvelle structure, l'évaluation et le suivi des clients continueront d'être assurés par chacune des bases militaires.

Les services de traitement et de réadaptation auxquels ont droit les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) sont administrés dans le cadre du Programme des services de santé. Ce programme leur procure de l'aide pour lutter contre l'alcoolisme et les toxicomanies ou pour résoudre d'autres problèmes personnels. Ils peuvent avoir accès aux services de traitement de la GRC ou à ceux des établissements civils pourvu que la gestion de leur cas soit assurée par un agent des services de santé dans leur province ou territoire (p. ex., l'évaluation, l'aiguillage et le suivi).

Pendant de nombreuses années, le gouvernement fédéral a parrainé deux programmes en vertu desquels un soutien financier était accordé aux fins de traitement de l'abus d'alcool et des toxicomanies, selon des ententes passées avec des autorités provinciales ou territoriales.

Traitement et réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (TRAT)

Traitement et réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (TRAT) est un programme à frais partagés, mis à la disposition des provinces et territoires, dont le but est de garantir l'accès à un vaste éventail de services efficaces et novateurs de lutte contre l'abus d'alcool et les toxicomanies, notamment à ceux qui sont destinés aux femmes et aux jeunes. Ces services et programmes comprennent la désintoxication, l'évaluation et l'aiguillage, le counseling et la gestion des cas, l'intervention thérapeutique (en établissement, traitement ambulatoire et service d'approche), les soins prolongés et le suivi clinique, la recherche et l'évaluation, le dépistage et l'intervention rapides, la sensibilisation et l'évolution, les services d'accès particuliers et la diffusion des connaissances.

Aide à l'employabilité des personnes handicapées (AEPH)

Aide à l'employabilité des personnes handicapées (AEPH) complète les programmes provinciaux et territoriaux de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, notamment en ce qui a trait à la réadaptation professionnelle des personnes handicapées. La clientèle du Programme est constituée de personnes ayant un handicap et qui ont besoin de services de réadaptation professionnelle pour pouvoir intégrer le marché de l'emploi. Au nombre des activités financées dans le cadre des subventions accordées aux provinces et territoires figurent l'évaluation, le counseling, la formation professionnelle, le placement des travailleurs et les projets de recherche.

4. Qui assure les services de traitement et de réadaptation dans les provinces et territoires?

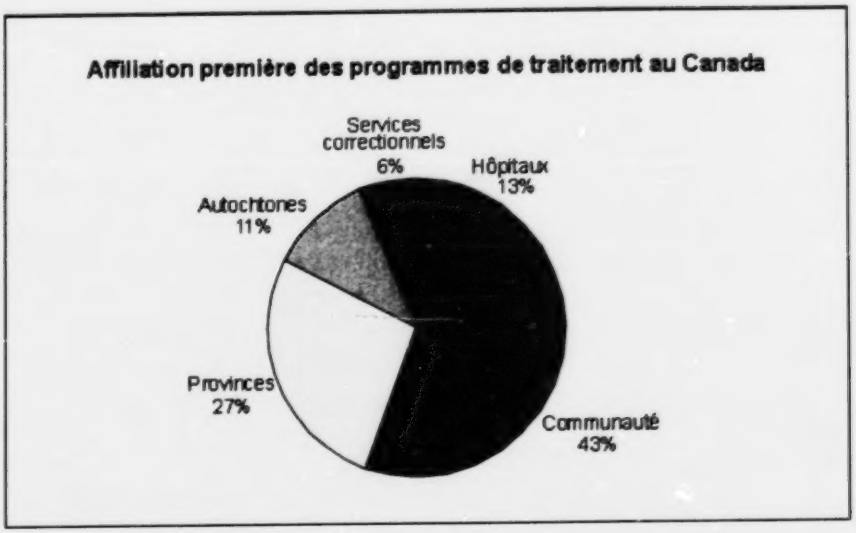
La prestation des services contre l'alcoolisme et les toxicomanies incombe généralement au ministère de la santé de chaque province et territoire. Cependant, en Alberta, c'est le ministère du développement communautaire, *Ministry of Community Development* qui est chargé de financer les services de traitement par l'entremise de *l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission* (AADAC). En Colombie-Britannique, cette responsabilité appartient au ministère chargé de la condition des enfants et de la famille *Ministry for Children and Families*. En Ontario, les coûts des services de traitement sont partagés par le ministère de la santé et d'autres ministères (notamment les Services sociaux et communautaires et les Services correctionnels).

La proportion des services offerts par divers organismes varie considérablement d'une région à l'autre au pays. Au Yukon, par exemple, 95 p. 100 des services seraient fournis directement par le gouvernement, ce qui n'est pas le cas ailleurs, sauf peut-être en Colombie-Britannique, où 30 p. 100 des services dépendent de l'intervention directe du gouvernement.

Dans les provinces de l'Atlantique, les conseils de santé régionaux sont les principaux responsables de la prestation directe des services. En effet, ils fournissent entre 85 p. 100 et 100 p. 100 des services offerts dans ces provinces. Ce sont également des conseils de santé régionaux qui assurent 60 p. 100 des services en Saskatchewan. On s'attend par ailleurs à ce qu'une fois l'exercice de rationalisation en cours terminé, des conseils analogues dominent le marché des services en Ontario. Au Manitoba, et désormais en Ontario, une proportion élevée des services est assurée par des organismes privés sans but lucratif financés par le gouvernement provincial. Par contre, en Alberta, en Colombie-Britannique et dans les Territoires du Nord-Ouest, ce sont des organismes privés sans but lucratif qui fournissent entre 60 p. 100 et 80 p. 100 des services.

L'affiliation première d'un programme de traitement donne une certaine idée de la nature et de l'orientation des services (Figure 1). Au Canada, 43 p. 100 des programmes de traitement peuvent être considérés comme des services communautaires, puisque 13 p. 100 d'entre eux relèvent d'hôpitaux, et 27 p. 100 dépendent d'une façon ou d'une autre d'un gouvernement provincial ou territorial. De plus, 11 p. 100 sont affiliés à des services aux Autochtones et le reste des programmes, soit 6 p. 100, aux services correctionnels à l'échelle du pays.

Figure 1 :



Le milieu de travail demeure un cadre d'intervention important. Les programmes d'aide aux employés (PAE) sont encore perçus par les services de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies comme ayant un rôle considérable à jouer pour identifier et aider ceux qui ont des problèmes. En Colombie-Britannique, par exemple, on s'efforce d'accroître le nombre de coordonnateurs de programmes d'aide aux employés, sachant qu'ils pourraient devenir des participants efficaces dans la gestion du traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies. D'autre part, les personnes sondées dans certaines régions ont noté que les 225 intervenants privés de PAE au pays (CCLAT, 1996) offrent de plus en plus (outre l'évaluation et l'aiguillage) de brèves séances de counseling en traitement d'alcoolisme et de toxicomanies.

Les programmes subventionnés par l'État en Alberta et en Colombie-Britannique, notamment les programmes en établissement, exigent des frais pour couvrir le logement et les repas. Le barème des droits exigibles dans ces provinces étant apparemment déterminé en fonction du revenu, les droits sont souvent payés par les programmes d'aide aux employés ou par des tiers. La restructuration constante des systèmes pourrait entraîner de nouvelles fusions des services et de nouvelles dispositions de paiement à l'acte. Au pays, un peu plus de la moitié des programmes de traitement acceptent des clients qui leur sont envoyés par d'autres provinces et, dans 84 p.100 des cas, sans frais supplémentaires.

5. Normes, contrôle et évaluation

À mesure que la prestation directe des services de traitement est transférée à des organismes régionaux, les ministères provinciaux jouent un rôle croissant dans l'élaboration et le contrôle de normes de prestation de services, tant sur le plan de la prévention que sur celui du traitement. Ainsi, le gouvernement de la Colombie-Britannique a signé une entente de services avec l'organisation américaine CARF, un organisme d'agrément en matière de réadaptation, pour la gestion d'un système de reconnaissance auquel devront ultérieurement contribuer les programmes de traitement subventionnés par l'État. Le système a été mis en œuvre en 1991 à titre d'essai et depuis, 21 organismes ont été vérifiés et agréés. Au Manitoba, tous les services pris en charge par la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances sont régis par des normes qui sont intégrées aux nouvelles ententes de financement des services. Pour sa part, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a instauré, au cours du printemps 1997, des normes de traitement et de prévention visant à réglementer les services contre l'alcoolisme et les toxicomanies offerts par les conseils de santé régionaux. Actuellement, aucun gouvernement ne supervise les normes de prestation des services de traitement des organismes existant dans sa juridiction. Au Québec, les projets d'adoption de normes provinciales au début des années 90 ne se sont toujours pas concrétisés; plusieurs régions commencent néanmoins à y appliquer des normes à l'égard des organismes privés.

Des systèmes d'information sur les clients ont été mis en place dans différentes régions du pays. Ces systèmes renferment généralement des renseignements de base sur les admissions (p. ex., caractéristiques du client) et les services. Une fois opérationnels, les systèmes de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse serviront également à contrôler les coûts de service.

On a effectué des évaluations de service plus intensives dans certaines provinces, notamment au Manitoba, en Alberta et en Ontario. On cherche d'ailleurs à étendre l'évaluation de programmes à la plupart des autres régions, si les ressources le permettent. Les résultats indiquent qu'un peu moins de la moitié des programmes visés par l'enquête ont été suivis de sondages pour déterminer le degré de satisfaction des clients alors que 26 p. 100 ont rapporté avoir mené des évaluations sur l'assurance de la qualité des programmes. Pour leur part, les organismes ont indiqué, dans une proportion de 28 p. 100, que les membres de leur personnel avaient évalué les résultats et 14 p. 100 ont effectué des évaluations indépendantes. Le Service correctionnel du Canada poursuit ainsi une vieille tradition qui consiste à évaluer les traitements pour les alcooliques et les toxicomanes offerts dans le cadre du système de justice canadien (Ogborne, Smart et Rush, 1998).

6. Perfectionnement professionnel

Les normes de conduite et les codes d'éthique visant les conseillers sont généralement respectés et communiqués à l'échelle du pays, mais on a fait remarquer que cela concernait essentiellement les titulaires d'un certificat professionnel ou les conseillers agréés par l'organisme d'agrément national, *l'Addiction Intervention Association*, qui compte actuellement près de 1 000 conseillers agréés.

En ce qui a trait aux qualifications des conseillers en matière d'alcoolisme et de toxicomanies, si certains organismes subventionnés par l'État n'exigent pas d'études particulières, d'autres requièrent un diplôme universitaire. Les exigences minimales les plus strictes imposées sont, dans l'ordre, celles de la Nouvelle-Écosse (maîtrise en counseling), de Terre-Neuve (certificat professionnel), et du Nouveau-Brunswick (diplôme de premier cycle en service social). Les exigences minimales des autres organismes varient considérablement de l'un à l'autre. La situation est probablement semblable au Québec, où l'on rapporte que l'assainissement du budget des organismes subventionnés par l'État permet à ces derniers de recruter, de former et de retenir des employés plus qualifiés que dans la majorité des organismes privés.

L'agrément formel des conseillers en traitement semble matière à débat au sein du personnel des services, sauf à Terre-Neuve, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique. Selon un sondage effectué en Ontario, 50 p. 100 des conseillers spécialisés dans les services de traitement songeraient désormais à se faire agréer, alors qu'à peine 12 p. 100 l'étaient lors du sondage et que cette reconnaissance n'était pas exigée par la majorité des services (Ogborne, Braun et Schmidt, 1996). La question de l'agrément est à l'étude auprès des gouvernements et des organismes publics du Manitoba, de la Saskatchewan et des Territoires du Nord-Ouest. Au Québec, les conseillers du secteur privé considèrent pour leur part qu'il convient d'approfondir davantage le dossier de l'agrément, ceci à l'instar de diverses organisations régionales de services subventionnées par l'État.

Il ressort en outre que les possibilités de formation et les ressources de recrutement étaient suffisantes dans la plupart des régions, sauf au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, en Saskatchewan et au Yukon. Avec le rapatriement, durant les années 90, de la quasi-totalité des organismes de traitement en région par les ministères dont ils relevaient, on a en conséquence décentralisé la formation offerte par ces mêmes organismes. C'est aux 67 collèges communautaires et universités du pays qui financent la scolarité des conseillers qu'il incombe désormais de combler certaines des lacunes en matière de formation de base et avancée en traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies (CCLAT, 1996). On a toutefois noté, dans de nombreuses enquêtes menées récemment (Ogborne, Braun et Schmidt, 1996; Corbett, 1994; CCLAT, 1997), un accès inégal à la formation. La *McMaster University* dans

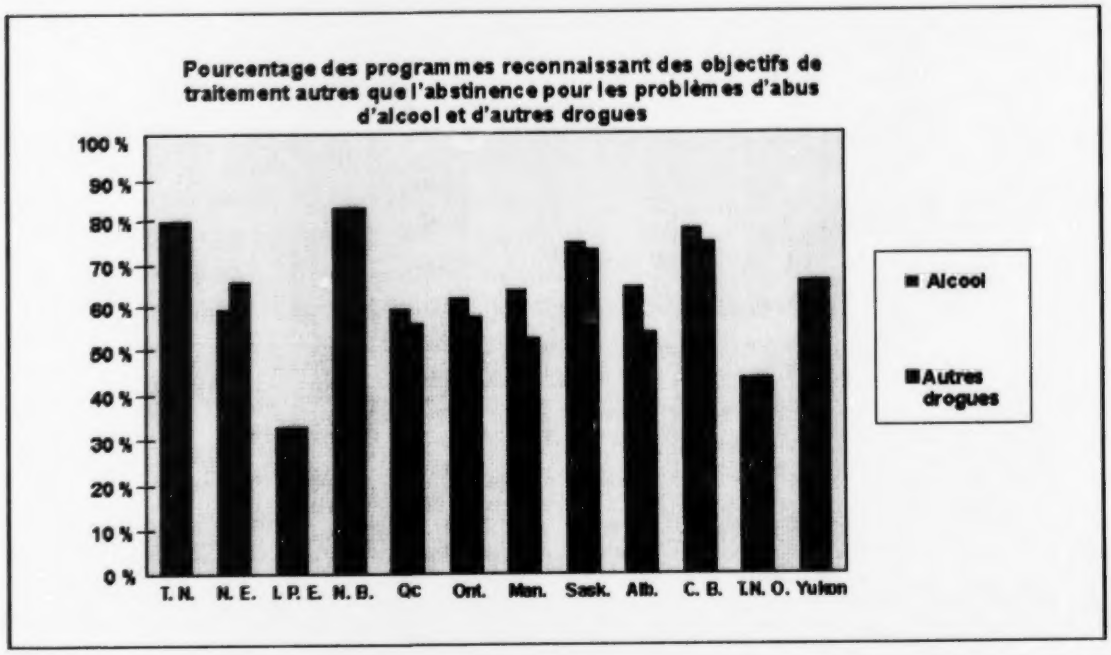
le cadre de projets distincts avec le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et la Fondation de la recherche sur la dépendance (FRD) s'est servi de l'Internet pour offrir plusieurs cours dans ce domaine. Cette initiative vise à améliorer l'accès au perfectionnement professionnel. *McMaster* collabore actuellement avec la FRD afin de comparer différentes façons d'offrir des cours, y comprise l'Internet.

Au cours des dernières années, l'accent a été mis sur la sensibilisation accrue des médecins au problème de l'alcoolisme et de la toxicomanie. À ce chapitre, la conférence de 1989 des enseignants canadiens en médecine a contribué à jeter une lumière nouvelle sur les problèmes liés à l'alcool et aux drogues dans la formation de premier cycle offerte dans les facultés de médecine. On y consacrera désormais huit heures d'enseignement, au lieu de trois seulement, comme c'était le cas dans le passé. La Société médicale canadienne sur l'addiction, qui regroupe 200 médecins spécialisés dans le traitement de l'assuétude, encourage l'établissement de normes de conduite dans ce domaine. Plus récemment, Santé Canada a parrainé et coordonné un projet interdisciplinaire dans le but de former les médecins, les infirmières et les pharmaciens. En Ontario, le projet *CREATE* engendre l'élaboration et l'évaluation d'un programme d'enseignement commun pour les étudiants des cinq facultés de médecine de la province.

7. Politiques et pratiques en matière de traitement

La majorité des personnes sondées ont indiqué que les fournisseurs de services dans leurs régions considéraient de plus en plus la dépendance comme un phénomène bio-psycho-social, tout en reconnaissant souvent une dimension « spirituelle » au problème. On continue toutefois, dans certains secteurs de services, d'appuyer les différentes versions du traitement fondé sur la notion que l'alcoolisme et les toxicomanies sont des maladies. Dans cinq juridictions au pays, on considère la politique de la réduction des méfaits comme valable. Aussi, les résultats de l'enquête sur les programmes semblent corroborer cette affirmation, car un peu plus de la moitié (51 p. 100) des fournisseurs de services de traitement de l'alcoolisme au Canada admettent des objectifs thérapeutiques autres que l'abstinence, alors que quelque 47 p. 100 seulement y sont favorables dans le cas du traitement des autres toxicomanies.

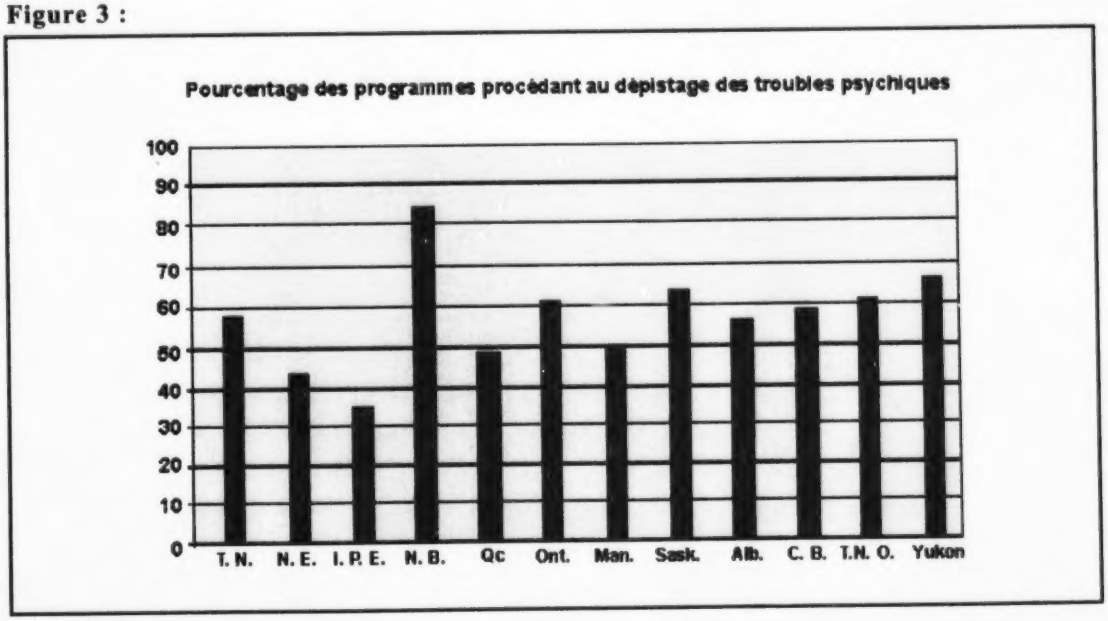
Figure 2 :



L'évaluation des clients constitue une pratique bien établie au Canada, bien qu'elle ne soit pas uniformément appliquée. En effet, 33 p. 100 des programmes utilisent un questionnaire d'évaluation structuré (rassemblant une série de questions sur l'usage abusif de l'alcool et des autres drogues, vérifiées selon un test psychométrique tel le MAST et l'AUI), tandis que 55 p. 100 ont recours à l'entrevue dirigée (c.-à-d. où l'on pose des questions prédéterminées, portant éventuellement sur d'autres aspects de la vie). Les répondants ont déclaré faire appel aux principaux outils suivants : Indice de gravité de la toxicomanie (IGT); *A Semi-Structured Interview for Selecting Treatment (ASSIST); Substance Abuse Subtle Screening Inventory* (SASSI); Échelle de dépendance à l'égard de l'alcool (ADS); Test de dépistage d'alcoolo-dépendance du Michigan (MAST); *Substance Use Disorder Diagnostic Schedule* (SUDDS); *Substance Abuse/Life Circumstance Evaluation* (SALCE); *Medical Triggers Screening Tool*. Au Québec, la majorité des centres de réadaptation utilisent l'indice de gravité de la toxicomanie (IGT), ou *Addiction Severity Index* (ASI), appuyé par le gouvernement. Trente-et-un p. cent des programmes préfèrent les évaluations non structurées. Pour sa part, le Service correctionnel du Canada (SCC) se sert d'une évaluation automatisée du mode de vie. En somme, il ne semble exister aucune pratique uniforme d'évaluation à l'échelle du pays.

Reconnaissant la corrélation entre la santé mentale et la consommation abusive d'alcool et les toxicomanies, les programmes de traitement soumettent 47 p. 100 de leurs clients à des évaluations psychiques. Avec la récente prolifération des jeux de hasard au Canada, la plupart des provinces s'inquiètent du problème naissant du jeu compulsif. C'est pourquoi 30 p. 100 des programmes canadiens soumettent leurs clients à un test de dépistage des problèmes liés au jeu.

Figure 3 :



Considérant la difficulté de « dissocier » les activités de traitement, souvent pluridisciplinaire, on a invité les informateurs-clés à évaluer la prévalence de certaines modalités de traitement dans leur province. Il ressort de cet exercice que la confrontation est la méthode la moins utilisée au pays dans les organismes subventionnés par l'État. L'enquête sur les programmes laisse entendre toutefois que la pratique de ce genre d'intervention pourrait croître au sein des organismes non subventionnés par l'État, 31 p. 100 des programmes ayant déclaré recourir à la confrontation, 10 p. 100, à la pharmacothérapie antialcoolique et 6 p. 100, à d'autres formes de la pharmacothérapie. En tout, 38 programmes visés par l'enquête nationale pratiquent le traitement à la méthadone. La moitié d'entre eux prescrivent une posologie à plus hautes doses (60-100mg/ jour), ce qui a été favorablement reçu dans la documentation de recherche. En Colombie-Britannique, par exemple, la pharmacothérapie serait une pratique assez fréquente, en raison, sûrement, de l'utilisation de la méthadone dans le traitement de l'héroïnomanie. Cette province réunit la plus grande proportion au pays d'héroïnomanes traités à la méthadone.

L'enquête révèle en outre que près de 40 p. 100 des programmes ont recours à la psychothérapie. Son application varie d'une province à l'autre et semble prévaloir particulièrement en Colombie-Britannique, à Terre-Neuve et en Nouvelle-Écosse, alors qu'elle est rarement mise à profit en Alberta ou dans les Territoires du Nord-Ouest. Les activités de traitement les plus couramment retenues par sept programmes sur dix sont : l'information sur l'alcool et les autres drogues, le counseling en résolution de problèmes et l'acquisition de nouvelles compétences (la gestion du stress, l'affirmation et la maîtrise de soi étant les trois les plus populaires). Plus de la moitié des programmes (54 p. 100) exploitent une version modifiée de la démarche en douze étapes prônée par les AA, partant du principe que l'alcoolisme et les toxicomanies sont des maladies.

D'une façon générale, les gouvernements ne font pas la promotion d'un type de traitement en particulier. Cela dit, la Saskatchewan favorise une technique d'entrevue motivationnelle et un modèle expérimental de guérison. La Colombie-Britannique a, quant à elle, adopté une politique de promotion du traitement holistique adapté aux disparités entre les sexes. Le Service correctionnel du Canada considère que l'alcoolisme et les toxicomanies sont des comportements acquis et, par conséquent, souscrit à des stratégies basées en grande partie sur la thérapie cognitive du comportement et la théorie de l'apprentissage social, ainsi que sur le modèle de changement transthéorique.

8. Lacunes des services

Le sondage auprès des informateurs-clés n'a révélé aucune tendance commune quant aux lacunes ou situations susceptibles de nuire à la prestation des services dans l'ensemble du pays. Elle a par contre permis de relever diverses lacunes concernant les clients à problèmes multiples, les usagers de drogues par injection, les joueurs compulsifs et les clients des collectivités rurales. Dans quatre juridictions, les services destinés aux jeunes ont été jugés insuffisants. On a aussi souligné l'importance de prévoir des services mieux adaptés aux besoins culturels des Autochtones et aux besoins spécifiques des femmes. D'après une vaste étude menée en 1996 par le gouvernement du Québec, on a établi que les plus graves lacunes visaient l'absence d'un solide continuum de services et d'interventions initiales efficaces de la part des services généraux des soins de santé et des services sociaux.

Le Service correctionnel du Canada a pour sa part jugé important d'améliorer les services aux détenus alcooliques et toxicomanes fortement dépendants, d'instaurer un programme à l'intention spécifique des détenus Autochtones et de prévoir des interventions à base communautaire pour ceux dont il s'occupe.

Invités à suggérer des solutions, les informateurs ont proposé diverses mesures précises pour résoudre les problèmes des différentes catégories de clients. En ce qui a trait aux adolescents, la plupart des informateurs ont souligné que des services spéciaux à leur intention existaient déjà ou étaient en cours d'élaboration. Ils comprennent les services en établissement et les services ambulatoires, ainsi que des services en milieu scolaire pour les clients à risques. Cette affirmation semble corroborée par l'enquête sur les programmes, selon laquelle 207 programmes de traitement (24 p. 100) offrent des services spéciaux aux jeunes Canadiens. De ce nombre, 49 s'adressent aux consommateurs d'inhalants, tous jeunes pour la plupart. Fait important à signaler, le Nouveau-Brunswick a adopté une stratégie de lutte antidrogue à l'intention des jeunes; axée sur les différentes phases de changement, elle prévoit le recrutement de conseillers auprès des jeunes dans toutes les régions de la province et la formation de tous les conseillers en orientation.

On a en outre observé que toutes les provinces, sauf l'Île-du-Prince-Edouard (qui présente toujours des lacunes à ce chapitre), avaient déjà entrepris de promouvoir, élaborer ou mettre en œuvre des programmes distincts pour les hommes et les femmes, ou mixtes, mais respectant les différences entre les deux sexes. En effet, 220 programmes (25 p. 100) offriraient déjà des services spéciaux aux femmes. La Saskatchewan accuse une forte demande pour des services aux femmes Autochtones présentant une dépendance multiple, alors que le Yukon devrait accorder la priorité au développement d'un programme de

formation global visant à prévenir le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF). Soixante-dix-huit programmes canadiens incluent déjà des dispositions spéciales à l'intention des femmes enceintes.

Tableau 3 : Prévalence des programmes spéciaux de traitement de l'alcool et des autres toxicomanies au Canada

	Femmes	Adolescents	Femmes enceintes	Clients séropositifs	Double diagnostique	Héroïnomanes	Usagers d'inhalants
T.-N.	2	3	1	0	0	0	0
N.-É.	9	11	0	1	1	2	0
Î.-P.-É.	2	2	0	0	0	0	0
N.-B.	6	5	1	0	0	0	0
Qc	48	48	21	24	34	22	21
Ont.	59	52	17	15	37	11	5
Man.	9	5	3	1	0	1	2
Sask.	5	11	4	3	3	1	7
Alb.	10	15	7	5	6	5	6
C.-B.	65	48	22	22	18	14	5
T.N.-O.	4	6	2	1	1	1	3
Yn	1	1	0	0	0	0	0
TOTAL	**220**	**207**	**78**	**72**	**100**	**57**	**49**

Dans la plupart des régions, on examine actuellement la question du traitement des alcooliques et des toxicomanes présentant des troubles psychiques. Entretemps, des dispositions spéciales existent déjà pour les clients qui présentent un double diagnostic : 58 p. 100 des programmes admettent des clients souffrant de troubles psychiques, et 100 programmes offrent des services spéciaux.

Cinquante-sept programmes au Canada prévoient des services spéciaux pour les héroïnomanes. Les personnes sondées à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Edouard et au Nouveau-Brunswick ont indiqué que la demande pour le traitement de la toxicomanie opiacée était limitée. Dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon, cette forme de toxicomanie serait à la hausse et nécessiterait la création de nouveaux programmes. Dans le

reste des provinces, on chercherait plutôt à accroître le nombre des services de traitement à la méthadone, ainsi qu'à soumettre les médecins à un programme d'agrément et à leur donner la formation nécessaire pour traiter les opianomanes stabilisés à la méthadone.

Vu leur inquiétude croissante devant les éventuelles répercussions de l'alcoolisme et des toxicomanies sur leurs activités, il est impérieux que les entreprises et l'industrie puissent accéder facilement à des services d'évaluation et de traitement dans ce domaine. Aussi, l'AADAC a-t-elle mis sur pied une clinique de traitement conçue spécialement pour répondre à leurs besoins. En Colombie-Britannique, une entente officielle est intervenue entre les services de traitement gouvernementaux et les associations des programmes d'aide aux employés dans la province; le but visé est de faciliter l'accès au traitement des personnes recommandées par les programmes d'aide aux employés.

9. Défis constants et problèmes naissants

Les informateurs-clés estiment que les services de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies desservent une clientèle diversifiée, dont une proportion importante présente des problèmes multiples. Les clients souffrant de déficiences cognitives, ceux qui sont incarcérés, ceux qui sont séropositifs ou sidéens, ceux qui présentent des troubles psychiques ou de jeu compulsif, ceux qui sont prédisposés à la violence, tous posent des défis de taille tant sur le plan systémique que clinique.

Dans plusieurs juridictions, la coordination des services susceptibles de répondre le plus parfaitement possible aux besoins des clients qui souffrent à la fois de troubles psychiques et de problèmes de toxicomanie s'annonce très difficile. À ce propos, le rapport d'un groupe d'étude, commandé par la division ontarienne de l'Association canadienne de santé mentale, souligne qu'il est important que les efforts de coordination se fassent tant à l'intérieur des systèmes de santé mentale et de traitement qu'entre les différents systèmes. Une telle collaboration entre les deux secteurs pourrait se traduire par des ententes de formation conjointe, de partage de l'information, de nominations conjointes du personnel, ainsi que de protocoles d'intégration du traitement aux programmes de soutien communautaire (ACSM, 1997).

Il est par ailleurs tout aussi urgent d'adapter les services et les politiques connexes de manière à traiter avec efficacité la question du VIH et du sida dans le contexte de l'usage de drogues par injection. Le problème est présent dans différentes régions du Canada, tant rurales qu'urbaines, mais il est particulièrement grave à Vancouver, où le taux des nouveaux cas d'infection au VIH parmi les toxicomanes qui s'injectent est le plus élevé en Amérique du Nord (Strathdee et coll., 1997). Dans un récent rapport, un groupe national d'étude recommande que l'on s'assure de mieux coordonner les services en place et de veiller également à ce que les fournisseurs de services, dans une optique de réduction des méfaits de la maladie, connaissent bien la question du SIDA et de l'usage des drogues (CCLAT/ACSP, 1997).

Sur le plan clinique, on s'inquiète du fait que plusieurs intervenants n'ont pas les qualités requises pour traiter efficacement les sujets ayant des problèmes multiples et que certains ont en fait de la difficulté à s'adapter aux nouvelles méthodes. À titre d'exemple, on mentionne les efforts spéciaux qu'il conviendrait de consacrer pour changer l'attitude des intervenants face à la prise de médicaments par les clients présentant des troubles psychiques; dans le domaine de la toxicomanie, cette modalité va à l'encontre de la longue tradition de voir le traitement dans l'optique de « l'abstinence absolue ». La nécessité d'informer les intervenants sur l'emploi des médicaments a aussi été relevée par un récent

sondage effectué auprès des intervenants de l'Ontario (Ogborne et coll., 1996). Une formation poussée et le perfectionnement professionnel sont de toute évidence essentiels si l'on veut garantir la prestation de services efficaces, indépendamment de la diversité des populations et de la complexité des problèmes visés.

La prestation des services dans les collectivités rurales constitue un véritable défi dans plusieurs régions, lequel a été relevé de maintes façons. Dans certains cas, on a ajouté aux services urbains des bureaux satellites et on a converti des services résidentiels urbains en logements avec soutien pour les clients venant de l'extérieur. Rush et Ogborne (1992) affirment que certaines provinces explorent, à titre expérimental, une formule de « traitement ambulatoire communautaire »; dans le cadre de cette formule, une équipe itinérante de spécialistes en alcoolisme et en toxicomanies, en santé mentale et en développement communautaire s'occupe de fournir des services intensifs de longue durée. Bien que prometteurs (Weibe, 1994), bon nombre de ces efforts ont été perdus, vraisemblablement à cause des compressions budgétaires et des réformes des systèmes.

Les services de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies du Nouveau-Brunswick se lancent dans le télécounseling auprès de clients aux prises avec des problèmes de jeux de chance. On a aussi l'intention d'offrir ce service aux clients ayant des problèmes d'abus de substances. Dans un même ordre d'idées, certaines agences ontariennes peuvent offrir, jusqu'à un certain point, des services d'évaluation et de counseling par téléphone. En Nouvelle-Écosse, l'une des régions fait appel à une approche collective de prestation des services, dans le cadre de laquelle les représentants de divers services (p. ex., désintoxication, traitement en établissement, traitement ambulatoire, services aux adolescents et de prévention) se réunissent régulièrement et travaillent en synergie avec la collectivité pour coordonner les services.

Les ressources limitées affectées aux services de traitement, ressources qui, dans bien des cas, ne cessent de diminuer, ne font qu'ajouter aux obstacles qui entravent déjà la prestation efficace des services. De nombreux organismes ont subi d'importantes compressions au cours des dernières années. Qui plus est, les organismes de lutte à l'alcoolisme et aux toxicomanies sont de plus en plus pressés de s'occuper, par surcroît, des problèmes de jeu compulsif. Même s'il est vrai qu'une responsabilité nouvelle s'accompagne souvent de fonds nouveaux, on craint cependant que l'attention accordée au dossier du jeu compulsif n'aspire les minces ressources actuellement allouées aux traitements.

En outre, la loi C-41, qui stipule qu'un juge peut, à sa discrétion, ordonner à quelqu'un de suivre un traitement, a un effet sur les ressources des services d'évaluation et de traitement. Cette loi renferme des dispositions détaillées afférentes au traitement imposé par le tribunal. Elle souscrit aussi au principe général selon lequel le service communautaire ou le traitement, ou les deux ensemble, sont préférables à l'incarcération dans de nombreux cas en certaines circonstances. Dans le cas des détenus qui ont des problèmes d'abus d'intoxicants,

la loi prévoit un mécanisme en vertu duquel on peut éviter d'engager des frais pour traduire le délinquant en justice et remplir les formalités d'incarcération; on peut réaffecter ces fonds à des programmes de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies.

La question du traitement obligatoire a également suscité un débat au Manitoba où la Cour suprême du Canada a rejeté un appel de l'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg, à l'effet d'obliger une femme autochtone à suivre un traitement contre l'abus de solvants. Cette affaire a soulevé des questions fondamentales sur les droits de la personne et l'efficacité du traitement obligatoire. Au nombre des parties qui ont comparu devant la Cour, a figuré le gouvernement du Yukon, qui se prévaut, depuis les années 80, du droit d'exiger des femmes enceintes qu'elles se soumettent à une thérapie obligatoire, conformément à la loi sur la protection des enfants.

L'un des autres secteurs auquel les services risquent d'être conviés à participer davantage est celui de la lutte antitabac. Étant donné que plus de 80 p. 100 des alcooliques et des toxicomanes sont également des fumeurs, il est normal de penser à intégrer les programmes antitabac aux programmes contre l'alcoolisme et les toxicomanies, surtout que les alcooliques courent un plus grand risque de mourir des effets de la cigarette que de ceux de l'alcool (Abrams, 1993). Actuellement, 22 p. 100 des programmes canadiens de traitement de la consommation abusive de l'alcool et des autres drogues offrent aussi un soutien en matière de renoncement au tabagisme.

Les services de traitement pourraient aussi être touchés par une hausse du nombre des personnes envoyées en traitement par l'employeur. L'intérêt que manifestent les entreprises à l'égard du traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies découle de diverses raisons, la plus importante étant liée à la loi américaine qui, à compter du 1er juillet 1997, exigera des transporteurs routiers canadiens qu'ils imposent des tests de dépistage des drogues à ceux qui, parmi leurs chauffeurs, traversent la frontière américaine. Dans le cas d'un résultat positif, les employés seraient soumis à l'évaluation d'un spécialiste en toxicomanie puis, le cas échéant, à un traitement et à un suivi. On ignore encore quelles seront les activités qui découleront de cette disposition législative.

Les réaménagements internes des administrations liées d'une façon ou d'une autre à la prestation des services de traitement posent des problèmes dans certaines régions. En Ontario, par exemple, on procède à la restructuration des services alors que, parallèlement, d'autres changements importants sont apportés au système de santé et de service social. En effet, ils craignent que, plus les services de traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies feront partie intégrante des autres services de santé et services sociaux au pays, moins ils pourront se concentrer sur leur objectif. Cette crainte est probablement plus répandue dans les provinces où des organismes gouvernementaux de traitement ont fermé leurs portes à savoir le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan.

Cette incertitude est aussi ressentie au niveau local, où la régionalisation des services est considérée par certains comme la cause d'une concurrence possible : entre les services de traitement d'une part, et entre les fournisseurs de services de traitement contre l'alcoolisme et les toxicomanies et d'autres services de santé communautaire d'autre part. Qui plus est, cette régionalisation force les fournisseurs locaux à créer de nouveaux liens entre eux. Ainsi, *l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission* (AADAC) est appelée à établir des relations avec des organismes responsables des services à l'enfance et des conseils régionaux de santé de partout dans la province. Certes, ces nouveaux liens risquent d'assurer un service plus uniforme; toutefois, on craint que le fait même de favoriser et d'entretenir ces partenariats n'affaiblisse davantage les ressources locales déjà rares. Enfin, la régionalisation rend impérative la création de nouvelles relations entre les intervenants en matière de traitement des niveaux provincial et local. À mesure que les pouvoirs de décision concernant le niveau et le genre de traitement sont transférés aux régions, les bailleurs de fonds provinciaux cherchent de nouveaux mécanismes pour soutenir et justifier le traitement à l'échelle locale.

Sur le plan clinique, la question de la coordination se traduit par le désir de s'assurer que l'on pourra offrir un ensemble de soins qui permettront d'aiguiller une clientèle variée vers le service le plus approprié. Cependant, le manque de procédures normalisées d'évaluation et l'absence de preuves scientifiques de l'efficacité de l'aiguillage sont considérés comme des entraves aux progrès à ce chapitre. De toute évidence, il convient de pousser la recherche sur cette question, afin d'optimiser la rentabilité des systèmes de traitement.

Là où il y a des défis, il y aussi des possibilités. En effet, à mesure qu'ils créeront des partenariats, les spécialistes du traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux auront des occasions idéales de partager de l'information et des connaissances. C'est là un facteur important, car la majorité des personnes qui ont des problèmes liés à l'alcool et à d'autres drogues ne se tournent pas vers des services spécialisés pour suivre un traitement, et, si elles le font, ce n'est que lorsque leurs problèmes deviennent graves et difficiles à combattre. S'il est vrai que certaines personnes doivent être encouragées à chercher de l'aide en cas d'abus (et même avant d'en arriver là), beaucoup d'autres résolvent leurs problèmes par elles-mêmes, grâce à l'aide de groupes d'entraide ou à la suite d'interventions brèves qui peuvent être assurées par des organismes généraux de santé et de services sociaux. Par le passé, ces organismes ont souvent omis de relever la présence de problèmes liés à l'alcool et à d'autres drogues chez leurs clients.

Ces nouvelles alliances, espérons-nous, favoriseront davantage l'échange des connaissances et des compétences entre les intervenants des services de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies et ceux d'autres services sociaux. La contribution grandissante de ces derniers au travail des spécialistes du traitement et aux groupes d'entraide pourrait, d'une façon considérable, accroître l'efficacité des mesures prises par la société en réponse aux problèmes liés à la consommation abusive d'alcool et aux toxicomanies.

10. Glossaire du traitement

Abus d'alcool (ou problèmes d'alcool) : Consommation d'alcool causant des problèmes de santé ou des problèmes sociaux habituellement jugés moins graves que ceux liés à la dépendance à l'égard de l'alcool.

Assurance de la qualité : Processus systématique qui permet de maintenir des niveaux de prestation de service satisfaisant et d'améliorer la qualité des soins.

Autothérapie en douze étapes : Activités de traitement fondées sur la perspective étiologique de l'alcoolisme et autres chimiodépendances, ainsi que sur l'approche en douze étapes des AA ou d'autres programmes d'entraide analogues.

Désintoxication à domicile : Durant leur sevrage, les clients sont suivis à domicile par des intervenants communautaires formés à cet effet.

Désintoxication médicale : Emploi de médicaments comme le diazépam ou le chlorméthiazole pour faciliter le sevrage de l'alcool et d'autres drogues.

Désintoxication sociale : Sevrage de l'alcool et d'autres drogues sans le recours à des médicaments.

Désintoxication socio-médicale : Approche qui regroupe des éléments des deux méthodes précédentes.

Évaluation : Appréciation méthodique des principaux points forts et problèmes du client qui mène à l'élaboration d'un plan de traitement et à l'aiguillage vers les personnes les mieux placées pour offrir une aide.

Évaluation des résultats : Procédure destinée à mesurer l'efficacité des services offerts aux clients (en calculant, p. ex., le pourcentage de clients qui ont réduit leur consommation d'alcool de 80 p. 100 pendant les 12 mois qui ont suivi le traitement).

Prévention du VIH : Activités ayant pour but de renseigner les clients sur les facteurs de risque associés à la transmission d'infections par le VIH et d'offrir, le cas échéant, des conseils d'appoint aux personnes séropositives.

Programme d'échange de seringues : Distribution gratuite de seringues neuves et d'autres articles nécessaires à la réduction des risques associés à l'injection des drogues (p. ex. une trousse de désinfection).

Satisfaction du client : Sondage officiel auprès des clients afin de déterminer leur degré de satisfaction à l'égard de divers aspects du service.

Service d'approche : Action d'aller au-delà des limites habituelles des organismes pour repérer les personnes reconnues pour avoir des problèmes d'alcool ou de drogues ou susceptibles d'en avoir, et les inciter à suivre un traitement.

Service sans rendez-vous et service secours : Service qui privilégie l'accès facile et immédiat à des services d'aide et d'écoute, à un soutien ou à des conseils, afin de répondre à des besoins médicaux, psychosociaux et fondamentaux urgents.

Suivi (soins prolongés) : Ressources ou services offerts aux clients qui, après leur traitement, ont besoin d'encouragements continus et d'autres services.

Thérapie familiale et conjugale : Méthode qui consiste à amener le conjoint, les membres de la famille et toute autre personne-clé à participer au processus thérapeutique afin d'améliorer la communication, la résolution de problèmes et d'autres aspects de la vie de famille. Cette méthode permet de modifier les habitudes de consommation d'alcool et de drogue du client, tout en offrant un soutien à la famille.

Traitement ambulatoire : Traitement administré dans un cadre non résidentiel, habituellement sur la base de séances régulières (p. ex. de 1 à 2 heures par semaine).

Traitement de jour et de soir : Traitement intensif et structuré, offert dans un contexte non résidentiel, généralement cinq jours par semaine (p. ex. à raison de 3 à 4 heures par jour). Peut aussi être administré en milieu institutionnel (p. ex. un établissement correctionnel).

Traitement à la méthadone : Emploi de la méthadone, selon un usage prescrit et régulier, comme substitut des opiacés pour stabiliser l'état du client pendant qu'on s'efforce de l'amener à changer son mode de vie et son comportement interpersonnel.

Traitement à la méthadone–haute dose : Dose moyenne de 60-100mg/jour.

Traitement à la méthadone–faible dose : Dose moyenne de 30-50mg/jour.

Traitement en milieu résidentiel (courte durée) : Traitement d'une durée généralement inférieure à 40 jours, administré de façon intensive et structuré pendant que le client est en établissement.

Traitement en milieu résidentiel (longue durée) : Services de traitement ou de réadaptation offerts généralement sur une période de plus de 40 jours. Ces services peuvent être assurés par des centres de réadaptation pour toxicomanes, des maisons de transition, des foyers de postcure et des communautés thérapeutiques.

11. Bibliographie

ABRAMS, D.B., et coll. « Integrating individual and public health perspectives for treatment of tobacco dependence under managed health care: A combined stepped care and matching model », *Tobacco Control*, vol. 2, (supp.) S17-S37, 1993.

ANISHINAABEG MEDICAL PROFESSIONALS. *Okunongegayin: Challenging Chronic Solvent Abuse*, rapport final du projet-pilote et résumé du rapport final du projet-pilote, ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto, 1993.

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE - ONTARIO. *Concurrent Disorders Policy Consultation Document* (ébauche), Toronto, 1997.

BOYD, N., C.J. MILLARD et C.D. WEBSTER. « Heroin "treatment" in British Columbia, 1976-1984: thesis, antithesis and synthesis? », *Revue canadienne de criminologie* (1985), vol. 27, n° 2, p. 195- 208.

CANADA. MINISTRE DES APPROVISIONNEMENTS ET SERVICES. *Lois du Canada*, vol. II, Groupe Communications Canada, Ottawa, 1993.

CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES. *Base de données sur les ressources en éducation et formation*, Ottawa, 1997.

CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES. *Base de données sur les fournisseurs de programmes d'aide aux employés*, Ottawa, 1996.

CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES. Association canadienne de santé publique. *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*, Ottawa, 1997.

CHRISTENSEN, A., et N.S. JACOBSON. « Who (or what) can do psychotherapy: The status and challenge of nonprofessional therapies », *Psychological Science* (1994), vol. 5, n° 1 (jan.), p. 8-14.

CORBETT, G. *Addiction Education and Training: Bringing the Field Together*, rapport du groupe de travail sur l'éducation et la formation du groupe de coordination des activités de lutte contre les toxicomanies de l'Ontario, ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto, 1994.

el-GUEBALY, N. « Substance abuse and mental disorders: The dual diagnoses concept », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 35 (1990), p. 261-267.

el-GUEBALY, N., et D.C. HODGINS. « Schizophrenia and substance abuse: Prevalence issues », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 37 (1992), p. 704-710.

FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIE. *Co-occurring Mental Disorders and Addictions: Scientific Evidence on Epidemiology and Treatment Outcome*, Toronto, 1997.

FONDATION MANITOBAINE DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES. *Rural and Northern Youth Intervention Strategy (RNYIS) Project, rapport final*, 1995.

HARVEY-JANSEN, Z'A. *Adolescent Treatment: Excellence through Evaluation*, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Edmonton, 1995.

OGBORNE, A.C., K. BRAUN et G. SCHMIDT. *Who Works in Addiction Treatment Service: Some Results from a Survey in Ontario*, manuscrit non publié, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1996.

OGBORNE, A.C., R.G. Smart, et B.R. Rush. « The treatment of drug-related problems in Canada: controlling, caring and curing », dans *Drugs and Democracy*, sous la direction de Hunt, G., H. Klingemann et H. Demons, Sage Publications, New York, 1998.

OGBORNE, A.C., et coll. *Coordination Between Mental Health and Addictions Agencies in the Treatment of Cases with Co-morbidities*, projet de recherche non publié, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1997.

OGBORNE, A.C., et coll. *Measuring Treatment Process Beliefs Among Staff of Specialized Addiction Treatment Services in Ontario*, non publié, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1996.

POULIN, C. *Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies : Premier rapport national, 1997*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa, 1997.

ROCHELEAU, A.M. *Training and Certification for Substance Abuse Treatment and Prevention Providers*, Office of National Drug Control Policy, 1995, p. 8-14.

RUSH, B.R., et A.C. OGBORNE. « Alcoholism treatment in Canada. History, current status and emerging issues », dans *Cure, Care in Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*, sous la direction de Klingemann, H., J.P. Jakala, et G. Hunt, State University Press, New York, 1992.

SINGLE, E., et coll. *The Economic Costs of Substance Abuse in Canada*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa, 1996.

SMART, R.G. *Forbidden Highs : The Nature, Treatment and Prevention of Illicit Drug Abuse*, Toronto, Addiction Research Foundation, 1983.

STODUTO, G., et coll. *Remedial Programs for Convicted Drinking Drivers, Part I : Existing Programs*, *Research Document Series*, Addiction Research Foundation, Toronto, 1997.

STRATHDEE, S.A., et coll. *Needle Exchange is Not Enough: Lessons from the Vancouver Injection Drug Use Study. AIDS*, 1997.

TORONTO GLOBE AND MAIL. *Swift Action for Justice System Urged to Avoid Financial Crisis* (12 déc. 1995).

WEIBE, J. *Community Mobile Treatment: What it is and How it Works*, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Edmonton, 1994.

12. Bibliographie annotée

Tout au long de notre projet d'étude, nous nous sommes référés à un certain nombre d'articles (non révisés par des pairs) de sources canadiennes sur l'efficacité du traitement, que nous avons découverts en consultant le Centre national de documentation sur l'alcoolisme et les toxicomanies, grâce aussi à un appel à tous, lancé durant l'enquête sur les programmes de traitement et de réadaptation, et à des discussions avec des hauts fonctionnaires. La liste ci-après doit être considérée et de réadaptation comme un recensement indicatif plutôt qu'exhaustif des articles, études et rapports publiés au pays au cours des dernières années.

ANISHINAABEG MEDICAL PROFESSIONALS. *Okunongegayin: Challenging Chronic Solvent Abuse*, rapport final du projet-pilote et résumé du rapport final du projet-pilote, Ontario, ministère de la Santé, 1993.

Ce projet-pilote a été financé par le Fonds d'innovation - Santé, en collaboration avec le *Lake of the Woods District Hospital* de Kenora et les Premières nations indépendantes Wabaseemoong de Whitedog. Okunongegayin, qui signifie « souffle de vie », désigne un modèle dynamique de guérison des maux liés à l'abus de substances psychotropes, en particuliers les solvants, dans les petites collectivités du Nord. Il tient lieu à la fois de programme thérapeutique et de modèle de collaboration et de partenariat entre les organismes, les établissements et les communautés qui interviennent auprès des utilisateurs chroniques de solvants. Pendant les deux années qu'a duré le programme, environ 80 p. 100 des 136 clients étaient âgés entre 15 et 29 ans et la plupart étaient des polytoxicomanes, préférant dans 86 p. 100 des cas les solvants à toute autre drogue. Le traitement a été offert dans un camp situé en forêt, afin d'aider les clients à modifier leurs habitudes dans un cadre en accord avec la réalité quotidienne. Une fois en meilleure santé, ils ont vite progressé. Pour faciliter l'adaptation à la vie communautaire, le projet misait notamment sur la participation de la famille et de la communauté, la souplesse et la créativité.

ARCHIBALD, C., et coll. *The Point Project: A Study of Risk Factors for HIV Infection Among Vancouver's Injection Drug Using Community: Summary of Final Results*, British Columbia Ministry of Health, 1996.

Lancé en 1995, le *Point Project* avait pour but de découvrir les raisons sous-jacentes de la croissance de la propagation du VIH chez les usagers de drogues par injection. L'étude, qui visait à cerner les facteurs de risques particuliers à ce groupe, s'est déroulée en deux phases : la première prévoyait la tenue d'entrevues en profondeur avec 16 participants et la seconde, la création, à partir de l'information qualitative ainsi recueillie, d'un questionnaire nécessaire à la réalisation d'une étude de contrôle,

au cours de laquelle on a comparé 89 toxicomanes par injection venant tout juste de recevoir un diagnostic de séropositivité à 192 personnes dont l'analyse sanguine n'avait révélé, à deux reprises, aucune trace du VIH. Parmi les conclusions de l'étude, notons : la perception d'une gravité accrue des problèmes de toxicomanie à Vancouver depuis les récentes années; le constat sociodémographique d'une population transitoire, dont les membres passent précocement à l'injection de drogues, tant de la cocaïne que de l'héroïne, et fréquentent souvent les services; le partage des seringues par les toxicomanes et le risque accru d'infection. Dans leurs recommandations, les auteurs ont insisté sur l'importance d'assurer au toxicomane un logement sécuritaire et stable; de promouvoir la réduction des méfaits, dont l'échange des seringues et les services d'approche, de mieux faire connaître les rapports sexuels protégés, d'imposer une formation obligatoire au personnel policier; de favoriser le traitement à la méthadone; d'appuyer l'action sociale en matière de santé mentale; de pousser la recherche sur la gestion de la cocaïnomanie.

BEAUDOIN, C. *Differences Among AFM Clients with Respect to History of Parental Alcoholism* (ébauche), Faculty of Medicine, University of Manitoba, non publié.

Cinquante-six p. cent des 451 clients (hommes et femmes) échantillonnés par la Fondation (AFM) dans le cadre de l'enquête 1992-1993 sur la santé et la consommation d'alcool à Winnipeg ont déclaré avoir un parent alcoolique. Cette enquête a ainsi permis d'examiner les incidences d'une telle réalité sur les données démographiques, sur la gravité des problèmes d'alcool et sur les traits caractériels des individus. L'analyse n'a révélé aucune incidence sur les données démographiques, mais des écarts assez marqués, par contre, quant à l'acuité des problèmes d'alcool et aux traits caractériels. En fait, les clients dont au moins un des deux parents était alcoolique ont déclaré un plus grand nombre de problèmes familiaux et sociaux reliés à leur consommation d'alcool que ceux dont les parents ne buvaient pas. Ils sont aussi plus anxieux et nerveux, ont une moins haute opinion d'eux-mêmes et sont plus enclins à des comportements agressifs et impulsifs. Dans l'ensemble, l'alcoolisme d'un parent tend à affecter beaucoup plus gravement les hommes que les femmes. D'après un suivi tenu six mois après l'enquête auprès de 70 p. 100 des clients échantillonnés, on a constaté que les clients ayant déclaré avoir au moins un parent alcoolique étaient nettement moins susceptibles que les autres de s'abstenir d'alcool ou de consommer modérément, constat qui a d'ailleurs suscité la recommandation selon laquelle la Fondation envisage d'adapter ses programmes à cette clientèle particulière.

BEAUDOIN, C. *A Comparison of In-treatment Female Alcoholics and Female Alcoholics from the General Population* (ébauche), Faculty of Medicine, University of Manitoba, 1997.

Cette étude avait pour but de déterminer si des écarts existaient entre les femmes inscrites aux programmes de traitement antialcoolique de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances et les femmes alcooliques non traitées relevées dans le cadre d'une enquête générale sur la population. Aucun écart n'a été observé sur le plan démographique, mais des écarts sont par contre apparus sur d'autres aspects. On a ainsi constaté que les femmes ayant été traitées souffraient d'une dépendance à l'alcool et de problèmes connexes plus graves et qu'elles étaient aussi plus susceptibles que les autres de faire preuve d'un comportement mésadapté. Selon l'auteur, ces caractéristiques suffiraient peut-être à expliquer d'ailleurs, pourquoi les femmes du premier groupe se seraient inscrites au traitement en premier lieu.

BLOOD, L. *Choices Program: A Treatment Outcome Study: Preliminary Results*, Nova Scotia Department of Health, Drug Dependency Services, 1995.

Ce rapport présente les résultats préliminaires du programme CHOICES, en examinant les données recueillies sur 130 adolescents ayant terminé le programme. Ce dernier, offert en Nouvelle-Écosse depuis 1990, prévoit un éventail de services à l'intention des adolescents qui abusent de l'alcool et des autres drogues, notamment des services ambulatoires, ainsi que des traitements en établissement et des traitements de jour. Des données ont été recueillies durant les périodes de prétraitement et d'après traitement ainsi que 12 mois après la fin du traitement, en se fondant sur l'échelle de consommation d'alcool chez les adolescents *Adolescent Alcohol Involvement Scale*, le test de dépistage de drogue (DAST-10), les mesures de l'estime de soi, les relations familiales et les relations avec les pairs. L'âge moyen des clients échantillonnés, dont 65 p. 100 d'adolescents et 35 p. 100 d'adolescentes, était de 16 ans. Le niveau d'abus d'alcool et de consommation de drogues se situait largement à l'intérieur de la fourchette clinique. De façon générale, la comparaison des données avant et après traitement a révélé un plus grande estime de soi, une diminution des problèmes comportementaux, une amélioration des relations avec la famille et les pairs, ainsi qu'une réduction de l'usage et de l'abus de l'alcool, du cannabis et des solvants.

BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF HEALTH AND MINISTRY RESPONSIBLE FOR SENIORS (1996) : Outcome Measures for Alcohol and Drug Services: A Resource for Program Evaluation.

La rapport souligne les éléments de l'évaluation du programme et des résultats, et fournit un résumé des mesures généralement prises dans l'évaluation d'un programme, de même qu'un exemple d'un aperçu de rapport d'évaluation de programme. Le guide offre également un exemple de mesures de résultats à l'intention des organismes qui s'occupent de services en matière d'alcool et d'autres drogues dans le système de soins pour les aider à procéder à la surveillance ou à l'évaluation des résultats.

CENTRE INTERNATIONAL DE CRIMINOLOGIE COMPARÉE POUR LE COMITÉ TOXICO-JUSTICE. *Persistance en traitement et impact de réadaptation des personnes toxicomanes judiciarisées admises à Domrémy-Montréal / R apport 5,* mars 1995, 46 p.

Cette étude compare l'impact du programme de réadaptation sur la clientèle judiciarisée et sur la clientèle non judiciarisée. Elle démontre qu'à persistance égale, l'impact est analogue pour les deux groupes. Elle constate cependant que les personnes judiciarisées, en traitement à Domrémy-Montréal, abandonnent plus tôt que les non judiciarisées. Les résultats globaux de l'étude confirment ceux des études antérieures, à savoir que le meilleur indice de l'impact du traitement est le temps effectivement passé en traitement. Il s'agit d'une étude fort importante, compte tenu que de plus en plus de services de traitement sont sollicités par le milieu judiciaire en ce qui concerne les personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie.

COLLECTION SUR LES AUTOCHTONES. *Programme de prétraitement des détenus autochtones toxicomanes : projet-pilote* rapport pour spécialistes, 1991-11, Solliciteur général du Canada, Approvisionnements et Services Canada, n° de cat. JS5-1/3-19160-9, 1992.

La mise sur pied de ce projet-pilote répondait à la nécessité d'éduquer et de former les intervenants du système judiciaire en ce qui concerne la sensibilisation aux réalités transculturelles, à l'alcoolisme et à la toxicomanie et à leur traitement. Les objectifs se présentaient comme suit : élaborer un programme modèle de prétraitement des Autochtones ainsi qu'un guide de mise en œuvre dans les établissements correctionnels; définir des lignes directrices sur le traitement des détenus autochtones en centre de traitement; appliquer le programme et le modèle en milieu réel en vue d'en faire l'évaluation; préparer un dépliant faisant la promotion du modèle et du guide. Le projet-pilote comportait quatre phases : recherche et développement; essai du programme modèle; peaufinement du modèle; et recherche communautaire. Ce programme prévoit huit semaines de traitement intensif et d'activités éducatives, un plan d'intervention continue se déroulant sur quatre ans, des séances de counseling individuel, ainsi qu'une approche axée sur la

reconnaissance de l'alcoolisme et des toxicomanies comme des maladies tout en favorisant la sobriété et l'éducation. Le programme a été mis à l'essai dans deux établissements correctionnels fédéraux de la Colombie-Britannique et a donné des résultats positifs.

COMITÉ AVISEUR SUR LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION EN TOXICOMANIE. *Avis n° 1, Les priorités de recherche dans le domaine de la toxicomanie*, Québec, MSSS, mars 1992, 8 p. et 2 annexes.

Le comité aviseur est composé de représentants des organismes suivants :
La Conférence des Régies régionales; la Fédération des centres de réadaptation en toxicomanie du Québec; l'Association des hôpitaux du Québec; la Fédération des CLSC; le secteur privé; le milieu universitaire; le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce comité assume un rôle important en ce qui concerne le développement et la promotion de la recherche en alcoolisme et en toxicomanies au Québec. Il existe depuis le début des années 90 et a pour mandat de :

- donner des avis au ministère de la Santé et des Services sociaux sur les axes de développement de la recherche en alcoolisme et toxicomanies;
- favoriser les liens de partenariat entre les milieux de recherche et les milieux d'intervention. À cette fin, il collabore étroitement avec le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) pour le développement de tels liens entre les milieux et leur consolidation au sein des deux équipes de recherche en alcoolisme et toxicomanies;
- favoriser le transfert des connaissances tant des milieux de recherche vers les milieux d'intervention, que des milieux d'intervention vers les milieux de recherche.

Ce document présente, à la suite d'une consultation très large des intervenants de tout le Québec, le résultat des priorités de recherches que le comité aviseur considère les plus importantes. Les priorités cernées sont la connaissance des clientèles et des populations à risque, le développement de la recherche évaluative des programmes et l'analyse des pratiques professionnelles en alcoolisme et toxicomanies et la contribution des milieux naturels et communautaires. On y retrouve, en annexe 2 du document, le résultat de la consultation sur les axes prioritaires de recherche et l'axe de développement.

COMITÉ AVISEUR SUR LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION EN TOXICOMANIE. *Avis n° 2, Les questions relatives à la toxicomanie au sein de l'enquête sociale et de santé de 1992* (Enquête Santé Québec), Québec, MSSS, mars 1992, 7 p. et 2 annexes.

Il s'agit d'un avis à l'intention des responsables de l'enquête Santé Québec visant à bonifier les données relatives au domaine de l'alcoolisme et des toxicomanies afin d'améliorer les connaissances sur les habitudes de consommation d'alcool et de drogues chez les Québécois et Québécoises. De fait, il s'agit d'une proposition d'amélioration du volet alcoolisme-toxicomanie de l'enquête sociale et de santé de 1992. On suggère aux responsables de l'enquête Santé Québec d'ajouter deux objectifs à l'enquête sociale, d'une part, de préserver la comparabilité avec les autres enquêtes, tant québécoises qu'étrangères, et d'autre part, de recueillir de l'information sur les déterminants sociaux de la consommation afin de soutenir le développement d'actions préventives.

COMITÉ AVISEUR SUR LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION EN TOXICOMANIE. *Avis n° 3, Le point sur les besoins d'enquêtes épidémiologiques en matière de toxicomanie au Québec*, Québec, MSSS, mai 1993, 14 p. et 2 annexes.

Cet avis porte sur les besoins de données épidémiologiques et sur les modalités d'enquêtes à privilégier. Les résultats de cet avis reposent sur une consultation exhaustive auprès des chercheurs québécois, canadiens, américains et européens ainsi que des utilisateurs de données du Québec. On retrouve dans ce document des précisions sur les besoins des utilisateurs, l'état de la question sur les enquêtes, les paramètres pour la constitution de banques de données épidémiologiques en alcoolisme et toxicomanies et les recommandations du comité aviseur relatives à l'amélioration des banques de données et de leur transmission.

DESJARDINS, N., et coll. *L'évaluation de programmes en alcoolisme-toxicomanie : Un cadre de référence*, Montréal, août 1996, 106 p. (Document de travail).

Ce rapport fait suite à une subvention accordée à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il a pour but de fournir aux responsables de l'organisation des programmes, aux décideurs et aux intervenants dans le secteur de l'alcoolisme et des toxicomanies divers outils pour faire l'évaluation des programmes. Les objectifs spécifiques sont de sensibiliser les milieux reliés au champs de l'alcoolisme et des toxicomanies aux apports, aux conditions et modalités de l'évaluation des programmes et d'équiper les milieux d'intervention et d'évaluation en leur proposant un cadre de référence accessible, ayant la capacité de générer des évaluations valides, originales et utiles. Dans la première partie du document, on retrouve les définitions de base, de même que les définitions des types d'évaluations. On y définit également trois grandes approches

en évaluation de programmes; dans la deuxième partie, on y présente le contexte de l'évaluation, le processus et enfin, les auteurs précisent quelques repères pour la conduite d'une évaluation de programme en alcoolisme-toxicomanie.

FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIE. *Co-occurring Mental Disorders and Addictions: Scientific Evidence on Epidemiology and Treatment Outcomes,* Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1997.

Ce rapport donne un aperçu de la littérature existante au sujet des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanies et de santé mentale qui surviennent de façon concomitante, afin de déterminer quelles sont leurs répercussions sur les services en Ontario. Il fait suite à une évaluation des besoins à ce chapitre réalisée par la Fondation de la recherche sur l'alcool et les toxicomanies, dont la préoccupation initiale était de veiller à ce que les services offerts aux personnes souffrant de troubles simultanés soient aussi efficaces, productifs et rentables que possible. Les documents examinés révèlent que les résultats des recherches à ce jour ne sont pas assez convaincants pour démontrer la supériorité de tel ou tel modèle de traitement ou organisme de services. À l'heure actuelle, il n'existe aucun modèle empirique de traitement intégré, et il semble n'y avoir aucune preuve scientifique incontestable justifiant le recours à un système de traitement intégré plutôt qu'à un autre type de système. Certaines recommandations ont toutefois été formulées dans l'optique d'améliorer les services actuels. Ainsi, on préconise l'amélioration du mécanisme d'aiguillage et de la coordination entre les organismes, l'examen des critères d'exclusion des organismes, ainsi que la formation du personnel en matière d'évaluation, d'aiguillage et de traitement des cas de doubles diagnostics. Les auteurs du rapport recommandent vivement de pallier le manque de preuves empiriques de l'efficacité des modèles de traitement et d'accroître les recherches concernant l'épidémiologie, la demande de services, les caractéristiques des doubles diagnostics, de même que l'organisation et l'utilisation des services. Ils rapportent enfin l'urgence de procéder à des essais cliniques probants en ce qui a trait aux doubles diagnostics et à la comorbidité chez certains groupes de la population.

FONDATION MANITOBAINE DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES. *Rural and Northern Youth Intervention Strategy (RNYIS) Project: Final Report*, Proactive Information Services Inc., 1995.

Cette stratégie d'intervention auprès des jeunes des régions rurales et septentrionales a été mise sur pied en 1993 pour répondre aux besoins en information et en counseling des élèves de 18 écoles secondaires du Manitoba. Ce rapport expose en détail la phase de mise en œuvre de la stratégie et ses résultats. Tout indique que la plupart des écoles étaient en faveur d'une intervention précoce pour traiter la chimiodépendance en neuvième année, recommandant même cette approche pour les élèves de septième et huitième années ou moins. On a noté une augmentation du nombre d'élèves qui vont spontanément chercher de l'aide; aussi les discussions officieuses avec des conseillers sont-elles plus fréquentes. Une comparaison des

questionnaires distribués avant et après le traitement indique que la consommation d'alcool chez les jeunes a considérablement diminué. D'après les commentaires recueillis, les services de counseling offerts aux jeunes ont été l'élément le plus important du projet. Celui-ci a aussi permis de mieux sensibiliser les élèves aux politiques antialcool et antidrogue de leur école.

GOUVERNEMENT DU NOUVEAU-BRUNSWICK. « Standards for Addiction Services », in *Standards for Hospitals in New Brunswick*, Fredericton, juin 1997. (Document de travail).

Ce document a été préparé pour guider les sept associations régionales d'hôpitaux de la province dans la prestation des services d'alcoolisme et de toxicomanies. Les normes proposées y présentent l'alcoolisme et les toxicomanies comme des problèmes bio-psycho-sociaux qu'il faut traiter en respectant les besoins des individus. Elles prévoient un continuum de services, dont ceux de formation et de prévention. Les services de traitement s'occupent également des joueurs compulsifs. Parmi les aspects des services visés par les normes, mentionnons les critères d'admission, la sécurité, la collaboration de la famille, l'emploi de médicaments protecteurs, ainsi que les grossesses et les dépendances. Le document comprend une bibliographie de 69 ouvrages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux. *Normes de reconnaissance pour les organismes offrant des services d'aide et de soutien aux personnes alcooliques et toxicomanes*, Avril 1994, 89 p.

Ce document présente un ensemble de normes qui ont pour but d'assurer une qualité des services rendus auprès de la population vulnérable que représentent les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Ces normes couvrent les dimensions administratives, les services d'aide et de soutien et les installations physiques. Au total, plus de 120 indicateurs de qualité ont été identifiés pour évaluer et garantir la qualité des services.

GRIFFITHS, C.T., et coll., (sans date). *Programs and Services for Urban Native Indian Alcohol And Substance Abusers: Initiatives, Outcomes and Issues*, Simon Fraser University, School of Criminology, Burnaby.

Ce rapport examine la disponibilité et l'efficacité des programmes et des services antialcool et antidrogue à l'intention des Autochtones en milieu urbain. Au Canada, la majorité des programmes étant de type communautaire ou conçus pour les réserves et appliqués dans les régions rurales, ils sont peu pertinents pour les Autochtones citadins. En examinant la documentation sur le sujet, les auteurs n'ont trouvé aucune donnée sur les Autochtones en milieu urbain susceptible de servir à l'élaboration de programmes et de services de traitement et ont été incapables de déterminer l'efficacité du traitement à partir des programmes existants. Ils ont relevé un manque de connaissance des causes à l'origine de la consommation d'alcool chez

les Autochtones, l'absence d'études sur les écarts entre les habitudes de consommation des Autochtones en région rurale et celles des Autochtones en milieu urbain. Ils ont par ailleurs constaté un certain nombre de problèmes, notamment un manque de régularité dans la collecte des données, la petite taille des échantillons, l'inefficacité des méthodes, et le manque d'information sur les facteurs culturels, psychologiques et socioéconomiques à l'origine de la consommation excessive d'intoxicants au sein de cette population. Les auteurs estiment qu'il faut éviter de traiter les Autochtones citadins, alcooliques et toxicomanes, en dehors du cadre socioéconomique et environnemental propre à leur milieu d'origine. Ils recommandent la mise sur pied de programmes holistiques, dans le cadre desquels les valeurs spirituelles renouvelées commandent l'abstinence après le traitement, et la création de réseaux de soutien social forts, complétés par une action éducative et économique.

GUYON, L., et Y. GEOFFRION. *La toxicomanie au Québec*, Bilan des études épidémiologiques faites depuis 1990, MSSS, mai 1997.

Ce document fait état des travaux réalisés au cours des dix dernières années en vue de cerner le phénomène de l'alcoolisme et de la toxicomanie au Québec et de prendre action. Il présente des données sur les taux de prévalence, les caractéristiques socioéconomiques et les facteurs associés, ainsi que les faits saillants. Le document se divise en trois parties : la situation générale de la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments; la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments chez des groupes particuliers; les problèmes associés à la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments.

HADEN, M. *Program Evaluation Report: The Central Clinic*, Alcohol and Drug Services, Ministry for Children and Families, Province de la Colombie-Britannique, 1997.

Il s'agit d'un rapport d'évaluation descriptif de cinq programmes : groupe d'orientation, évaluation initiale, groupe d'évaluation, groupe de soutien et traitement individuel. Une évaluation de différents aspects a révélé que les programmes aidaient considérablement les clients à s'abstenir de consommer, à réduire leur consommation de drogue et d'alcool, à améliorer leur santé affective, psychologique et spirituelle, à comprendre l'abus d'alcool et la toxicomanie, à se sentir mieux acceptés et à recevoir une orientation. Les clients ont déclaré que les programmes les aidaient d'une certaine façon à améliorer leur santé physique, leurs relations sociales et familiales et leur cheminement professionnel ou scolaire.

HARVEY-JANSEN, Z'A. *Adolescent Treatment: Excellence Through Evaluation*, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1995.

Ce rapport résume les résultats d'une évaluation du système de traitement pour adolescents de l'AADAC, amorcée en 1992. Ce système prévoit le traitement, dans 26 établissements de soins ambulatoires un peu partout en Alberta, d'environ 1 500 adolescents âgés entre 12 et 17 ans, aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues. L'évaluation comportait cinq études : modèle de programme et description de tous les programmes; enquête réalisée avec le concours d'agents d'orientation; sondage réalisé auprès du personnel affecté au traitement; examen de la littérature récente (1980-1993) sur l'efficacité du traitement des adolescents et du traitement des toxicomanies; évaluation de l'efficacité du traitement. L'examen a donné lieu à diverses recommandations visant à améliorer la prestation des traitements : adapter le niveau des soins à l'amplitude des problèmes d'abus d'alcool et de consommation de drogue du client, à son état mental, à son niveau conceptuel et à sa stabilité sociale; déterminer la réceptivité au changement; assurer aux adolescents qui en ont besoin un soutien résidentiel dans le cadre de leur traitement intensif de jour; améliorer la communication dans le cadre du système de traitement et les renseignements se rapportant à ce dernier; encourager la participation de la famille; accroître la collaboration du gouvernement et d'autres organismes; étudier à fond les conclusions de l'évaluation et les mettre en application.

KERR, D. *Matching Clients with Substance Abuse Problems to Treatments: A Review of the Literature*, préparé pour l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1994.

Dans son examen de la documentation sur l'aiguillage des clients vers le traitement approprié, l'auteur définit trois types d'études dont la complexité s'accroît : études générales des résultats; études de méthodes précises de traitement; études des appariements. Elle analyse plus particulièrement les difficultés d'ordre méthodologique de l'évaluation du traitement et fait un compte rendu de plusieurs études toujours en cours à ce sujet. Les méthodes de traitement appuyées par des données empiriques sont examinées d'après les études de Miller et Hester. Les variables du processus d'appariement sont analysées du point de vue du client (niveau conceptuel, capacités cognitives, locus de contrôle, estime de soi, état mental, stabilité sociale et ampleur des problèmes d'alcool) ainsi que du point du vue du thérapeute (empathie, capacité d'ajustement). L'auteur note que les évaluateurs mettent les thérapeutes en garde contre la possibilité de préjudices causés par les paires formées. D'après eux, l'appariement peut survenir à quatre étapes différentes : avant le traitement (programme-patient); au début du traitement (patient-cadre de traitement); durant le traitement (patient-traitement); après les soins primaires (cadre du post-traitement). L'auteur conclut qu'il faut avoir une vue d'ensemble holistique des problèmes touchant le client avant de procéder à l'appariement. Ce dernier est considéré comme un processus continu, dans le cadre duquel toutes les variables qui

sont en interaction ne peuvent pour l'instant être maîtrisées. L'évaluation est une composante essentielle, tout comme l'est un traitement de qualité bien défini, suivi de près et bien analysé.

KIMBERLEY, DENNIS. *Humberwood Residential Treatment Program Implementation Evaluation and Program Consultation*, Drug Dependency Services, Terre-Neuve et Labrador, 1994.

Ce rapport est en fait un résumé et une analyse de processus de l'unique programme de traitement en établissement de la province, offert depuis 1990. Les analyses et recommandations portent sur l'évaluation, l'aiguillage, l'accueil et la sélection, les programmes, le traitement, l'éducation et les activités psychosociales, les politiques, la dotation, l'évaluation et la rentabilité.

McAMMOND, D., et J. SKIRROW. *Care, Treatment & Support for Injection Drug Users: Living with HIV/AIDS*, rapport consultatif préparé pour l'Unité des soins, des traitements et du soutien pour le SIDA, Santé Canada, 1997.

Ce rapport avait pour objet de favoriser une meilleure compréhension des questions entourant les services offerts aux usagers de drogues par injection porteurs du VIH ou atteints du SIDA. Le rapport est divisé en trois sections. La section 1 donne les résultats d'un processus de consultation auprès d'informateurs-clés de Vancouver, Toronto et Montréal, tandis que la section 2 est consacrée à une étude épidémiologique sur l'infection par le VIH chez les consommateurs de drogues par injection; la section 3, elle, fait état d'un examen des services actuels, qui avait pour but de déterminer quelle clientèle bénéficie des services, et quelles sont les pratiques et procédures en vigueur. D'après les constatations, il semble que le nombre d'infections au VIH au Canada continue d'augmenter rapidement, tant chez les hommes que les femmes, mais de façon encore plus marquée parmi celles-ci. Au nombre des services de soutien offerts actuellement, on note des programmes d'échange de seringues, des soins primaires à domicile, des programmes d'éducation sociale et de soutien, l'accès à des services antidrogue et de réadaptation, ainsi que l'accès à des logements avec services de soutien. Certains problèmes ont été constatés toutefois. En effet, des dilemmes se posent sur les plans éthique et juridique, certains services sont inadéquats, les critères d'accès aux programmes sont trop rigides, les services de lutte contre les toxicomanies sont limités, les logements adéquats sont en nombre insuffisant, le personnel n'a pas la formation nécessaire et divers problèmes se posent en matière correctionnelle et juridique. Se fondant sur les résultats de l'examen, les auteurs proposent un cadre d'action misant sur une approche holistique et préconisant : des services cliniques mieux adaptés aux besoins; de nouveaux services de soutien ou l'amélioration des services existants; une meilleure coordination des services; l'amélioration de l'information et de la formation des fournisseurs; des logements et des soins en établissement mieux adaptés aux besoins; plus d'attention aux questions juridiques liées à la consommation de drogues.

NOVA SCOTIA DEPARTMENT OF HEALTH. *Outcome Monitoring System: Short-Term Residential and Day Programs Procedures Manual*, 1996.

Ce manuel, préparé par les *Drug Dependency Services* – région Ouest, en partenariat avec la *Operations and Regional Support Branch, Drug Dependency*, du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, décrit la marche à suivre pour mettre sur pied un système de suivi des résultats aux fins d'un programme de traitement en établissement à court terme et d'un programme de traitement de jour. Ce système est inspiré de celui de *l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission*. Il a été créé dans deux buts bien précis, soit fournir au gouvernement de l'information exacte en vue de la collecte de données et faciliter la planification de programmes. L'information est recueillie essentiellement grâce à la rétroaction des clients et à des enquêtes de suivi. Des renseignements détaillés sont fournis pour l'accomplissement de six fonctions : distribution de formulaires, obtention du consentement, administration des sondages auprès de la clientèle, sélection de l'échantillon, administration de l'enquête de suivi et résumé des résultats.

RUSH, B., V. CHEVENDRA, et S.VINCENT. *An Overview of the Drug and Alcohol Registry of Treatment (DART)*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, London (Ontario), 1993.

Le recours fréquent des résidents ontariens à des programmes de traitement américains fait ressortir la pénurie de certains types de services de traitement en Ontario et le besoin d'information plus pertinente sur la planification des services. Le *Drug and Alcohol Registry of Treatment* a été établi par la Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie à l'issue d'un processus de consultation provincial tenu dans le cadre d'un projet-pilote de trois ans. Il sert essentiellement à recueillir de l'information sur la disponibilité et l'accessibilité des services de traitement et à la tenir à jour, ainsi qu'à diffuser cette information aux fournisseurs de services et autres intervenants.

SASKATCHEWAN ALCOHOL AND DRUG ABUSE COMMISSION. *Meeting the Challenges: The Saskatchewan Model of Recovery Services*, 1992.

Ce document expose l'orientation stratégique prise par la *Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission*, qui a recours à ce que l'on appelle un « modèle expérimental de services de guérison », lequel renferme 16 principes et 24 objectifs stratégiques. Le modèle propose l'adoption de la définition de l'OMS des troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues, et définit la guérison à l'égard d'une dépendance comme étant un processus individuel, personnel et permanent reposant sur l'abstinence et s'accompagnant d'un processus d'épanouissement personnel. Les tâches à accomplir pour parvenir à la guérison sont associées à des étapes précises qui vont de la transition au maintien, en passant par la stabilisation, la guérison précoce, la guérison à mi-chemin et la guérison tardive. Le modèle prévoit aussi un ensemble

de services d'aide à la guérison, dont des programmes en douze étapes et des programmes d'entraide, qui varient en intensité, selon le niveau de besoin. Plus le niveau augmente, plus l'encadrement et les services professionnels s'intensifient.

SASKATCHEWAN ALCOHOL AND DRUG ABUSE COMMISSION. *Drug Treatment and the Needs of Special Populations: Promoting Opportunities for Better Health*, 1993.

Ce document de travail a été préparé par la *Evaluation and Research Unit*. On entend par populations spéciales les personnes qui risquent plus que d'autres de consommer des substances psychotropes de façon abusive. Un facteur de risque est défini comme étant une condition qui accroît, chez une personne, les possibilités qu'elle se mette à consommer des substances particulièrement nocives. Parmi ces facteurs on trouve le dysfonctionnement familial, la violence physique, la violence sexuelle, les troubles mentaux, le chômage, le faible niveau de scolarité, l'analphabétisme, la discrimination raciale et la pauvreté. Les auteurs concluent que le programme traditionnel de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies n'avait pas permis de répondre aux besoins spéciaux de nombreux groupes et qu'il fallait donc créer des programmes qui adaptent les services destinés à traiter des problèmes personnels à ceux mis sur pied pour régler des problèmes généraux comme le chômage, le recours à l'aide sociale et l'inégalité entre les sexes. Dans leur rapport, les auteurs examinent les besoins des populations spéciales, dont les femmes, les personnes âgées, les jeunes de la rue, les Autochtones, les personnes faisant l'objet d'un diagnostic mixte et les personnes ayant un handicap physique. Ils recommandent, là où c'est possible, l'adoption par les organismes existants de programmes de lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies.

SASKATCHEWAN HEALTH. *Review of Provincial Residential Addiction Treatment Services*, 1994.

Ce rapport présente les résultats d'un examen de six programmes de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies en établissement, financés ou offerts par la province de la Saskatchewan. L'objet de cet examen était de planifier les futurs services de traitement en établissement. Grâce à l'information recueillie auprès tant des professionnels en traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies que des responsables de l'aiguillage, on a pu dresser un tableau de la disponibilité et de l'accessibilité des ressources existantes, de l'occupation et du domicile des clients, ainsi que d'autres données connexes. Le rapport dresse un profil de chaque établissement et fait l'analyse des renvois. Les évaluateurs ont recommandé de mieux expliquer les pratiques de renvoi et d'évaluation, d'augmenter les services communautaires et les services de traitement de jour avant de réduire les services en établissement, d'élaborer en collaboration avec d'autres provinces des pratiques favorisant le renvoi équitable, d'examiner les options du traitement de la conduite avec facultés affaiblies, d'assurer l'harmonisation des programmes résidentiels, de même que de regrouper dans un même établissement des programmes de traitement pour les adultes et les adolescents.

THOMPSON, J. *Efficacy, Outcome and Alcohol Effect Expectancies as Predictors of Alcohol Treatment Outcome: An 18-Month Follow-up Study*, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1994.

Cette étude avait pour objet d'examiner les liens entre les attentes et les résultats du traitement de l'alcoolisme. Les clients, au nombre de 306, ont été interrogés tous les trois mois pendant les 18 mois qui ont suivi leur congé. Les résultats de l'étude sont basés sur un questionnaire sur la confiance circonstancielle, une échelle des attentes à l'égard des résultats, un questionnaire sur les effets de l'alcool et trois mesures des habitudes de consommation d'alcool (fréquence hebdomadaire, quantité hebdomadaire et consommation moyenne quotidienne). Ils révèlent que les attentes quant à l'autoefficacité après le congé ou la confiance à l'égard de la capacité de résister à la consommation excessive d'alcool sont révélatrices de la fréquence hebdomadaire moyenne de la consommation et de la quantité hebdomadaire moyenne sur des périodes de trois et de dix-huit mois. De l'avis de l'auteur, l'autoefficacité peut contribuer à des résultats positifs.

VERMETTE, G. *Inventaire analytique de programmes de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies* (tome 1), MSSS, novembre 1996, 234 p. (annexe en sus).

VERMETTE, G. *Répertoire de programmes de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies* (tome 2), MSSS, novembre 1996, 318 p.

VERMETTE, G. *Inventaire analytique et Répertoire de programmes de désintoxication* (tome 3), MSSS, novembre 1996, 58 p. (annexe en sus).

VERMETTE, G. *Inventaire analytique de programmes d'aide et de soutien en alcoolisme et autres toxicomanies* (tome 4), MSSS, novembre 1996, 158 p. (annexe en sus).

VERMETTE, G. *Répertoire de programmes d'aide et de soutien en alcoolisme et autres toxicomanies* (tome 5), MSSS, novembre 1996, 202 p.

Dans cette étude, l'auteur procède à l'inventaire des programmes en désintoxication, en réadaptation, en aide et soutien au Québec, à l'élaboration d'une description détaillée des programmes dans chaque catégorie de façon à illustrer de manière structurée différents types de programmes, à une analyse des caractéristiques des programmes de chacune des catégories et fait état du développement des programmes dans le but de répondre de manière pertinente et efficace aux besoins des clientèles desservies. Des variables descriptives de même que des variables de contexte relatives à l'inventaire analytique sont relevées pour chacun des tomes 1, 3 (première partie) et 4. De plus, des faits saillants sont relatés dans chacun des inventaires analytiques, et des avis sont émis en regard d'éléments qui nécessitent, selon l'auteur, une bonification. Enfin, on retrouve dans les inventaires analytiques des caractéristiques sur les clientèles desservies ainsi que des données sur l'utilisation

et le fonctionnement du programme et ce, pour chacun des organismes ou établissements. Les tomes 2, 3 (deuxième partie) et 5 présentent des données relatives aux organismes et établissements offrant des services d'aide et de soutien, de désintoxication et de réadaptation.

WHYNOT, E. *Health Impact of Injection Drug Use and HIV in Vancouver*, British Columbia Medical Health Office, 1996.

L'auteur du rapport visait les buts suivants : résumer l'information disponible sur les répercussions de la consommation de drogues par injection sur le système de santé à Vancouver, décrire les mesures prises pour les atténuer et formuler des recommandations quant aux pratiques de gestion futures. Le rapport contient : des recommandations tirées du rapport du médecin hygiéniste de mai 1996; de l'information à jour sur la consommation de drogues par injection et le VIH à Vancouver; des renseignements sur des projets de planification et de recherche récents et en cours; un résumé des consultations auprès de la collectivité; de l'information sur les interventions en cours et les lacunes; un plan d'action recommandé. On recommande, entre autres, de faire de la prévention et de la réduction des maladies causées par les drogues par injection une priorité pour le *Vancouver Health Board* et d'assurer la coordination des initiatives de financement. Deux objectifs sont proposés, accompagnés tous deux d'une marche à suivre détaillée pour les réaliser : réduire les risques pour la santé qui découlent de la consommation de drogues par injection à Vancouver et, coordonner et améliorer les services de santé, de dépistage et de logement offerts aux consommateurs de drogues par injection atteints du virus du SIDA et d'autres maladies.

WILBUR, B.D. *Health Standards: Edition 1; Public Health Services and Drug Dependency Services*, Nova Scotia Department of Health, 1997

Ce document se veut un outil d'aide aux Nova Scotia Regional Health Boards pour la planification et la prestation des services. On y définit les normes de santé comme étant le « niveau minimum acceptable de service ou de résultat ». À l'avenir, les services seront basés sur les normes et les résultats, la définition des services de base assurant aux résidents de la Nouvelle-Écosse un accès raisonnable aux services offerts dans chaque région de santé. Le document fournit aussi un cadre pour l'élaboration de normes et cite, comme activités de programmes, la santé mentale, les soins actifs, la santé publique, la dépendance à l'égard des drogues, les soins à domicile et les soins prolongés. La présente édition traite uniquement des services de lutte contre la dépendance et des services de santé publique. Sur le plan de la dépendance, les services de base comprennent la prévention et l'éducation communautaire (promotion de la santé, formation des professionnels apparentés, développement communautaire); le traitement communautaire (évaluation, intervention, programme de désintoxication de jour, thérapie/counseling, programme modulaires structurés); le traitement régional (évaluation, intervention, désintoxication en

établissement, thérapie/counseling, orientation structurée, réadaptation en établissement, traitement de durée prolongée et en maison de transition); le traitement ciblé (adolescents, femmes, conduite avec facultés affaiblies).

ZARCHIKOFF, W. *A Review of Solvent Abuse Literature and Existing Solvent Abuse Programs in North America, and Recommendations to Develop a Training and Solvent Abuse Program for Adolescents in the Northwest Territories, Canada, 1992.*

Ce rapport a été préparé pour les *Northern Addiction Services* des Territoires du Nord-Ouest. Il résume et interprète la documentation existante, de 1985 à aujourd'hui, sur l'abus de solvants, plus particulièrement chez les adolescents autochtones quand cela est possible. Il comprend une bibliographie annotée de 81 études sur le sujet. L'auteur y souligne que le traitement de l'intoxication associée à des substances inhalées s'intègre mal au système standard de traitement des toxicomanies. Les stratégies de traitement doivent être adaptées aux besoins particuliers des clients, selon leurs symptômes, habitudes de consommation et besoins psychosociaux et affectifs. L'auteur croit qu'il est nécessaire de fixer des objectifs de traitement simples, visant à répondre à des besoins essentiels et favorisant l'éducation, le soutien et la patience du personnel. Il recommande d'abandonner la confrontation au profit d'approches comme le renforcement de l'estime de soi et des capacités d'adaptation. On trouve également dans le rapport un programme modèle pour le traitement des adolescents qui font une utilisation abusive des solvants dans les Territoires du Nord-Ouest. Ce programme viserait à offrir aux adolescents (qui sont âgés entre 13 et 17 ans) un traitement complet qui les aidera à changer de mode vie et à abandonner l'usage de solvants et d'autres drogues. Il comprendrait des soins en établissement, la gestion du comportement, un volet en pleine nature, ainsi qu'un programme de traitement ambulatoire et un programme de guérison.

13. Index des rapports annotés

ANISHINAABEG MEDICAL PROFESSIONALS. *Okunongegayin: Challenging Chronic Solvent Abuse*, Rapport final du projet-pilote et résumé du rapport final du projet-pilote, Ontario, ministère de la Santé, 1993.

ARCHIBALD, C., OFNER, M., PATRICK, D., STRATHDEE, S. et coll. *The Point Project: A Study of Risk Factors for HIV Infection Among Vancouver's Injection Drug Using Community: Summary of Final Results*, British Columbia Ministry of Health, 1996.

BEAUDOIN, C. *Differences Among AFM Clients with Respect to History of Parental Alcoholism* (ébauche), Faculty of Medecine, University of Manitoba, non publié.

BEAUDOIN C, *A Comparison of In-Treatment Female Alcoholics and Female Alcoholics from the General Population* (ébauche), Faculty of Medecine, University of Manitoba, 1997.

BLOOD, L. *Choices Program: A Treatment Outcome Study: Preliminary Results*, Nova Scotia Ministry of Health, Drug Dependency Services, 1995.

BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF HEALTH ET MINISTRY RESPONSIBLE FOR SENIORS. *Outcome Measures for Alcohol and Drug Services: A Resource for Program Evaluation*, 1996.

CENTRE INTERNATIONAL DE CRIMINOLOGIE COMPARÉE POUR LE COMITÉ TOXICO-JUSTICE. *Persistance en traitement et impact de réadaptation des personnes toxicomanes judiciarisées admises à Domrémy-Montréal / R apport 5,* mars 1995, 46 p.

COLLECTION SUR LES AUTOCHTONES. *Programme de prétraitement des détenus autochtones : projet- pilote*, rapport pour spécialistes, 1991-11. Solliciteur général du Canada, Approvisionnements et Services Canada, Cat. n° JS5-1/3-19160-9, 1992.

COMITÉ AVISEUR SUR LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION EN TOXICOMANIE. *Avis n° 1, Les priorités de recherche dans le domaine de la toxicomanie*, Québec, MSSS, mars 1992, 8 p. et 2 annexes.

COMITÉ AVISEUR SUR LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION EN TOXICOMANIE. *Avis n° 2, Les questions relatives à la toxicomanie au sein de l'enquête sociale et de santé de 1992* (Enquête Santé Québec), Québec, MSSS, mars 1992, 7 p. et 2 annexes.

COMITÉ AVISEUR SUR LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION EN TOXICOMANIE. *Avis n° 3, Le point sur les besoins d'enquêtes épidémiologiques en matière de toxicomanie au Québec*, Québec, MSSS, mai 1993, 14 p. et 2 annexes.

DESJARDINS, N., KISHCHUK, N., OUELLET, F., PERREAULT, N. *L'évaluation de programmes en alcoolisme-toxicomanie: un cadre de référence*, Montréal, août 1996, 106 p. (Document de travail).

FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIE. *Co-occurring mental disorders and addictions: scientific evidence on epidemiology and treatment outcomes*, Toronto, 1997.

FONDATION MANITOBAINE DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES. *Rural and Northern Youth Intervention Strategy (RNYIS) Project: Final Report*, Proactive Information Services Inc., 1995.

GOUVERNEMENT DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Standards for Addiction Services*, in Standards for Hospitals in New Brunswick, Fredericton, juin 1997 (Document de travail).

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Normes de reconnaissance pour les organismes offrant des services d'aide et de soutien aux personnes alcooliques et toxicomanes*, avril 1994, 89 p.

GRIFFITHS, C.T. GLACKMAN, W., ESPERSON, T., DAVIES, G. (sans date). *Programs and Services for Urban Native Indian Alcohol and Substance Abusers: Initiatives, Outcomes and Issues*, Simon Fraser University, School of Criminology, Burnaby.

GUYON, L., et Y. GEOFFRION. *La toxicomanie au Québec*, Bilan des études épidémiologiques faites depuis 1990, MSSS, mai 1997.

HADEN, M. *Program Evaluation Report: The Central Clinic*, Alcohol and Drug Services, Ministry for Children and Families, Province de la Colombie-Britannique, 1997.

HARVEY-JANSEN, Z'A. *Adolescent Treatment: Excellence through Evaluation*, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1995.

KERR, D. *Matching Clients with Substance Abuse Problems to Treatments: A Review of the Literature*, préparé pour l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1994.

KIMBERLEY, DENNIS. *Humberwood Residential Treatment Program Implementation Evaluation and Program Consultation*, Drug Dependency Services, Terre-Neuve et Labrador, 1994.

MCAMMOND, D. et J. SKIRROW. *Care, Treatment & Support for Injection Drug Users: Living with HIV/AIDS*, rapport consultatif préparé pour l'Unité des soins, des traitements et du soutien pour le SIDA, Santé Canada, 1997.

NOVA SCOTIA DEPARTMENT OF HEALTH. *Outcome Monitoring System: Short-Term Residential and Day Programs Procedures Manual*, 1996.

RUSH, B., V. CHEVENDRA, et S.VINCENT. *An Overview of the Drug and Alcohol Registry of Treatment (DART)*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, London (Ontario), 1993.

SASKATCHEWAN ALCOHOL AND DRUG ABUSE COMMISSION. *Meeting the Challenges: The Saskatchewan Model of Recovery Services*, 1992.

SASKATCHEWAN ALCOHOL AND DRUG ABUSE COMMISSION. *Drug Treatment and the Needs of Special Populations: Promoting Opportunities for Better Health*, 1993.

SASKATCHEWAN HEALTH. *Review of Provincial Residential Addiction Treatment Services*, 1994.

THOMPSON, J. *Efficacy, Outcome and Alcohol Effect Expectancies as Predictors of Alcohol Treatment Outcome: An 18-Month Follow-up Study*, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1994.

VERMETTE, G. *Inventaire analytique de programmes de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies* (tome1), MSSS, novembre 1996, 234 p. (annexe en sus).

VERMETTE, G. *Répertoire de programmes de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies* (tome 2), MSSS, novembre 1996, 318 p.

VERMETTE, G. *Inventaire analytique et Répertoire de programmes de désintoxication* (tome 3), MSSS, novembre 1996, 58 p. (annexe en sus).

VERMETTE, G. *Inventaire analytique de programmes d'aide et de soutien en alcoolisme et autres toxicomanies* (tome 4), MSSS, novembre 1996, 158 p. (annexe en sus).

VERMETTE, G. *Répertoire de programmes d'aide et de soutien en alcoolisme et autres toxicomanies* (tome 5), MSSS, novembre 1996, 202 p.

WHYNOT, E. *Health Impact of Injection Drug Use and HIV in Vancouver*, British Columbia Medical Health Office, 1996.

WILBUR, B.D. *Health Standards: Edition 1; Public Health Services and Drug Dependency Services*, Nova Scotia Department of Health, 1997.

ZARCHIKOFF, W. *A Review of Solvent Abuse Literature and Existing Solvent Abuse Programs in North America and Recommendations to Develop aTraining and Solvent Abuse Program for Adolescents in the Northwest Territories*, Canada, 1992.